

# مرور مراقبت‌های صحتی اولیه

(ره‌نمود و میتودها)

## PRIMARY HEALTH CARE REVIEWS

توسط : ال - بندری - حماد  
د - ل سمیت



ج‌نیوا



۱	فعالیت های عمده
۲	جوانب که باید دربر گرفته شود
۳	اهداف مرور
۴	مزایای مرور

## بخش I طرز العمل این کتاب

### مقدمه

۵	۱- طرز العمل پلان گذاری
۷	پلان گذاری اداری
۸	پلان گذاری تخنیکی
۱۷	۲- جمع آوری ارقام در ساحه
۲۹	ویزیت های محلات و سروی های درسویه های ولایتی، ولسوالی و جمعیت (قرأ)
۲۹	تحلیل ابتدایی ارقام در ساحه
۳۰	۳- ترکیب ارقام Synthises
۳۱	مقدمه
۳۱	تحلیل کامل ارقام موجوده جدید
۳۱	تهیه يك راپور مقدماتی
۳۲	تهیه يك پلان عملیاتی
۳۲	ارایه و مباحثه در ارقام مقدماتی و سفارشات
۳۳	تهیه و ارایه راپور نهایی
۳۶	تعقیب

## ۴- خلاصه مرور PHC مراقبت های صحتی اولیه

۳۸	پلان گذاری
۳۸	جمع آوری ارقام ساحوی
۳۹	ترکیب ارقام

## بخش II سویه ملی

### مقدمه

۴۱	۱- معلومات پس منظر
۴۳	
۴۵	

۴۵	تقسیمات اداری و صحت
۴۵	نفوس
۴۵	۸ معیارات صحت
۴۶	سفارشات مرور PHC قبلی
۴۷	وقایع مهم در تطبیق PHC
۴۸	۲- پالیسی، سازمان و منابع
۴۸	پالیسی صحت ملی
۴۹	سهم گیری سکتور های دیگر به صحت
۵۲	اشتراک مساعی جمعیت
۵۳	ساختار تشکیلاتی
۵۴	بودجه و مسایل مالی
۵۷	پرسونل صحت
۶۲	تربیه
۶۲	تسهیلات
۶۵	۳- پروگرام منجمنت
۶۵	پالیسی و پلان گذاری
۶۶	نظارت پروگرام ها
۶۶	انسیجام پروگرام ها
۶۶	منجمنت مرکزی سامان و لوازم
۶۶	ارکان مخصوص PHC
۶۹	ترانسپورت
۶۹	تعلیمات صحت
۷۰	وارسی و ارزیابی

### بخش III- سوبه ولسوالی

۷۳	مقدمه
۷۵	۱- دورغا
۷۷	پروفایل عمومی ولسوالی
۷۷	نفوس
۷۸	معیارات
۷۹	۲- پالیسی صحت سازمان و منابع
۷۹	پالیسی صحت
۷۹	سهم گیری سایر سکتور

۸۱	اشترك مساعى جمعيت
۸۲	ساختار تشكيلاتى و اداره عدم متركز
۸۳	پلان گذارى و منجمنت
۸۴	بودجه سازى و منجمنت امور مالى
۸۴	پرسونل صحى
۸۵	امور تربىوى
۸۵	رول، وظائف و دست رسى تسهيلات صحى
۸۷	۳- منجمنت عملياتى پروگرام ها
۸۷	نظارت
۸۹	سامان و لوازم
۸۹	اركان خصوصى مراقبت هاي صحى اوليه
۹۲	ترانسپورت
۹۲	ارزيابى و وارسى

#### بخش IV- سويه مركز صحى

۹۷	مقدمه
۹۸	۱- دموگرافى و مظاهر ديگر رسيدگى CatchmentArea
۱۰۰	۲- سازمان دهى خدمات صحى
۱۰۰	مراكز صحى
۱۰۱	سهمگيرى ساير سكتور ها در صحت
۱۰۲۲	اشترك مساعى جمعيت
۱۰۴	۳- تطبيق پروگرام
۱۰۴	منجمنت عمومى پروگرام هاي مراقبت هاي صحى اوليه
۱۰۹	سامان و لوازم
۱۱۱	حمایت اطلاعاتى و سرويلانس

#### بخش V- كارگر صحى جمعيت و دايه هاي محلى

۱۱۵	مقدمه
۱۱۶	۱- كارگر صحى جمعيت
۱۱۶	خصايل شخصى كارگر صحى جمعيت
۱۱۶	معلومات راجع به جمعيت
۱۱۷	انتخاب و تربيه كارگران صحى جمعيت
۱۱۷	حمایت نظارت و شرايط كار



۱۱۸	فعالیت های روتین
۱۲۰	سامان و لوازم
۱۲۰	مباحثات عمومی
۱۲۱	۲- دایه ها محلی
۱۲۱	خصایل شخصی دایه ها
۱۲۱	معلومات در مورد جمعیت
۱۲۲	انتخاب و تربیه دایه ها
۱۲۲	حمایت نظارت و شرایط کار
۱۲۳	فعالیت های روتین
۱۲۳	سامان و لوازم
۱۲۵	مباحثات عمومی

## بخش VI - رهبران جمعیت

۱۲۵	مقدمه
۱۲۷	۱- سازمان دهی در جمعیت
۱۲۹	۲- انتباه پرابلم های صحی و خدمات صحی
۱۳۰	۳- منابع جمعیت و خود اتکایی
۱۳۱	۴- کارگر صحی جمعیت
۱۳۲	۵- سهمگیری سکتور های دیگر به صحت

## بخش VII - سویه خانوار

۱۳۵	مقدمه
۱۳۷	۱- ملاحظات متود و لوجیک
۱۳۹	طرز العمل نمونه گیری (سمپلنگ)
۱۳۹	مصاحبه خانوار ها
۱۴۰	پرسشنامه
۱۴۲	۲- عوامل اجتماعی و اقتصادی
۱۴۲	استخدام و سویه عاید
۱۴۲	سویه سواد کاهلان
۱۴۳	مسکن
۱۴۳	آب
۱۴۳	غذا و مصئونیت غذایی
۱۴۴	عوامل دیگر

۱۴۵	۳- عرضه خدمات صحی
۱۴۵	دست رسی
۱۴۶	استفاده از خدمات
۱۴۶	کیفیت خدمات صحی
۱۴۸	۴- معیارات پروگرام های صحی
۱۴۸	تعلیمات صحی
۱۴۸	معافیت
۱۴۸	تغذی
۱۴۹	حمایه طفل و مادر کنترل امراض ساری و سایر پروگرام ها

۱۵۳	ضمیمه ۱- نمونه گیری در مرور مراقبت های صحی اولیه
۱۹۱	ضمیمه ۲- دایه های محلی
۱۹۴	ضمیمه ۳- رهبران جمعیت
۲۰۰	ضمیمه ۴- پرسشنامه

## مقدمه

تعهدات يك مملكت برعلاوهء تطبيق مراقبت هاى صحى اوليه، براى اتباع آن مسؤوليت وارسى و تطبيق آنرا نيز در قبال دارد. يك تعداد زياد متودها براى اين وارسى استفاده شده مى تواند. اين متودها شامل ارزيايى اسناد موجوده، مطالعات خاص واقعات و سروى ها ميباشد. درين نشرية، از تركيب چندين روش يك تمرين واحد بوجود آمده كه هدف آن ارايه يك تحليل جامع از پروگرام هاى مراقبت هاى صحى اوليه ميباشد. يك تعداد كثير ارقام از سيستم اطلاعات صحى جمع آورى شده و براى يك مرور سيستماتيک بطور منظم قابل دستياب بايد باشد. اما لاکن سيستم حمايتى اطلاعات صحى براى منجمت سکتور صحت تاحال بصورت کامل در يك تعداد زياد ممالك فعال نمى باشد. ولى در جاهاى که موجود هم است اکثراً استفاده ناکافی صورت گرفته است. فلذا اين منول شامل رهنمود هاى براى پيشبرد مرور پروگرام PHC بوده که نه تنها به استناد تحليل اطلاعات صحى موجوده بلکه توسط يك سيستم مکمله جمع آورى اطلاعات مثلاً سروى هاى صحى اجتماعى در نفوس صورت مى گيرد.

**منظور از مرور مراقبتهای صحی اولیه معاوضه سیستم اطلاعات صحی نبوده بلکه در عوض آنرا تشويق نموده و آنرا اطلاعات صحی را انکشاف ميدهد.**

مرور مراقبت هاى اوليه نه تنها براى ممالك که داراى پاليسى ملى واضح PHC بوده بلکه براى ممالك که هنوز هم در جهت انکشاف چنين يك پاليسى وسعى و تلاش مى ورزند ضرور و حتمى ميباشد سامان صحى جان ممالك عضو را در مرور PHC و مطالعات بعدى آن کمک و مساعدت مينمايد. همکارى بين المللى نيز درين مورد جلب شده به ترتيب که از همکارى هاى ممالك استفاده اعظمى خواهد شد. نشرية حاضر به صفت يك رهنمود جهت پيشبرد مرور PHC بوده و مطابق به نیازمندی هاى ممالك تعديل شده مى تواند هدف عمدهء همانا بدست آورى معلومات است که خود ممالك به آن نیازمند بوده و ضرورت به معيارى ساختن ديزاين آن به سويه بين المللى ندارد.

ازینرو بالای مرحله پلان گذاری آن توجه بیشتر معطوف می شود. هر مطلب که از این مرور استنتاج می شود باید بالای اساس شواهد عینی و معلومات مؤثق استناده نماید. بنابراین این نشریه شامل معلومات بوده که امکان جمع آوری موجود بوده و در آینده بالای ارقام آن پلان گذاری شده بتواند. برای سهولت درین کار نمونه، پرسشنامه ها نیز تحت بحث و آزمایش قرار گرفته است.

درین جاه قویاً سفارش می شود که توصیه های این کتاب به دقت هرچه بیشتر مرور شده و توسط مقامات در تطبیق آن به شرایط مملکتی تعدیل بعمل آید.

#### فعالیت های عمده:

در مرور مراقبت های صحی اولیه، در قدم اول يك بررسی پالیسی صحی ملی شامل بوده و در عین حال استراتیژی های تحت اجرا نیز تحلیل می گردد. علاوتاً بازدید های ساحوی درین جاه نیز در نظر گرفته شده تا نحوه و عمق تطبیق این استراتیژی ها تحت مطالعه قرار داده شود. این مرور مراقبت های صحی اولیه شامل چهار فعالیت عمده میباشد:

- \* دستیابی مجدد و مرور ارقام و معلومات صحی موجود.
- \* جمع آوری ارقام جدید.
- \* تحلیل کلیه ارقام جمع آوری شده.
- \* تدویر مجلس به اشتراك مقامات صالحه درمورد بحث درباره نتایج مرور و طرح يك پلان عملیاتی جدید.

جوانب مختلفه: که در مرور م ص ۱ تحت مطالعه قرار بگیرد:

۱- جوانب صحی: جوانب صحی شامل ارزیابی های مصارفات پروسس دست آوردهای پروگرام های صحی میباشد. درین ارزیابی از معیارات کارآیی و فعالیت های صحی به ارتباط افراد و پروگرام های صحی استفاده می شود.

---

م ص ۱ = اختصار مراقبت های صحی اولیه میباشد

۲- **جوانب اجتماعی:** در ین بخش درجه اشتراك مساعی جمعیت مورد بحث قرار گرفته میشود تا دیده شود که نفوذ مردم در جمعیت تا چه اندازه در تأمین صحت و افزایش سویه صحت به صورت بهتر موثر بوده می تواند.

۳- **جوانب بین سکتوری:** در ین قسمت ارزیابی سهم سکتورهای دیگر در تأمین و ارتقای صحت مردم مورد بحث قرار می گیرد. مثلاً تأثیرات پروژه های زراعتی و غیره چطور بالای صحت و شیوع امراض تأثیر مثبت و یا منفی از خود بجای می گذارد. بنابراین مطالعه تأثیرات و روابط بین سکتوری خیلی مهم بوده تا تأثیرات مضره بعضی از پروژه ها (مثلاً زراعتی) را به حداقل طاهش داده و در صورت امکان بکلی از بین برده شود. بر عکس باید تأثیرات بالمقابل (برعکس) پروگرام های صحتی بالای پروژه های انکشافی اجتماعی و اقتصادی نیز تحت مطالعه قرار بگیرد.

در عده از ممالك مرور مراقبت های صحتی اولیه از نگاه بررسی درجه پیشرفت پروگرام های صحتی اختصاصی با در نظر داشت جوانب اجتماعی آن صورت گرفته در حالیکه بعضی دیگر ترجیح میدهند که مراقبت های صحتی اولیه به ارتباط حوریت بین سکتوری ارزیابی نمایند تا اینکه کلیه فعالیت ها منسجم شده و در موفقیت مراقبت های صحتی اولیه مؤثریت آن تضمین شده بتواند.

### **اهداف مرور:**

سویه درجه تفصیل هر و مرور ابعاد مختلفه مراقبت های صحتی اولیه متعلق درجه انکشاف سیستم مراقبت های صحتی اولیه در مملکت میباشد.

هدف عمده همانا شناسایی نکات ضعیف و قوی پروگرام های عملی به غرض تنظیم مجدد اولویت ها و ارایه سفارشات خصوصی جهت بهتر سازی فعالیت های آینده میباشد.



لاكن حتى بدون تحليل نهایی هر يك از ابعاد، در جریان مرور مراقبت های صحتی اولیه باید قادر شویم تا ساحات را که ایجاب ارزیابی را مینماید، شناسایی نمائیم. زیرا هدف اساسی مرور در آنست تا مقامات ذیصلاح صحتی ملی قادر شوند پالیسی های خود را طرح و استراتژی هایی سالم را در جهت تطبیق بهتر مراقبت های صحتی اولیه در ساحه عمل پیاده کنند. باین حساب این مرور مراقبت های صحتی اولیه به صفت يك وسیله ای تعیین درجه ایجاد تغییرات بکار برده می شود، نه منحیث يك تمرین اکادمیک بخاطر جمع آوری ارقام.

در يك تعداد زیاد ممالك این مرور توسط يك تیم متشکل از اعضای پر مسؤولیت وزارت صحت عامه، وزارت های سکتوری از قبیل زراعت معارف و غیره صورت می گیرد. علاوهً نمایندگان سازمان های بین المللی و اعضای دول متحابه، کمک دهنده نیز در کمیون مرور شامل شده می توانند.

### فوائد این مرور:

#### مرور از بسا جهات نظر مفید بوده می تواند:

- \* این مرور زمینه را جهت جمع آوری ارقام فراهم میسازد تا تحلیل شود باین ترتیب در تقویه سیستم امراض سرویلانس کمک شایان توجه نمود می تواند.
- \* برای افراد که در تصمیم گیری ها، مسؤولیت ها دارند این فرصت را بدست رس می گذارد تا مستقیماً به اوضاع صحتی ملی مواجه شده و از همه پرابلم های آن خود را مطلع بسازند.
- \* همچنان در بین پرسونل صحتی در سویه های مختلفه تفاهم ایجاد نموده تا در بین خود تبادل افکار نموده و از تجارب یکدیگر مستفید شوند.
- \* به سکتور های مرتبط به صحت این چانس میسر می گردد که بالای رول خود در مورد ارتقای صحت و سلامت مردم يك نظر ثانی انداخته و در بهبود آن سعی نمایند.
- \* مرورهای مراقبت های صحتی اولیه زمینه را بغرض همکاری های تخنیکی بین مقامات صحتی ملی و سازمان های صحتی بین المللی میسر میسازد، تا از تجارب و دانش یکدیگر استفاده نموده و باهم در مورد ارتقای صحت و سلامت مردم همکاری نمایند و درعین حال جلوگیری بعمل بیاید.
- \* نهایتاً در مرور مراقبت های صحتی اولیه بین لیدر و پرسونل صحتی در سویه های مختلفه عرضه خدمات صحتی تماس و مفاهمه حاصل شده که به صفت يك عامل قوی در ایجاد تغییرات تشکیلاتی و وظیفوی شناخته خواهد شد.

# بخش اول

کتاب رهنمود طرز العمل

## مقدمه

از نگاه منطقی مرور مراقبت های صحتی اولیه در سه صفحه ای: پلان گذاری، جمع آوری و ترکیب (Synthesis) تقسیم یافته است. البته ارکان هر يك آن ذیلأ تحت بحث قرار می گیرد:

اگر چه بخش اعظم مرور مراقبت های صحتی اولیه شامل يك دوره ۳ - ۴ هفته ای است که در آن يك تیم مسؤول مساعی همه جانبه و جامع را بخرچ میدهد تا ارقام مورد نیاز از ساحه جمع آوری گردد. البته مجموع فعالیت های مرور تقریباً ۳ - ۶ ماه را در بر می گیرد. در مورد مسایل از قبیل سازمان دهی، پلان گذاری، تهیه و تدارکات و انسجام درپیش برد مرور مراقبت های صحتی اولیه باید توجه جدی مبذول گردد. طوریکه تجربه ثابت ساخته فایده ای متصوره از مرور مستقیماً متناسب به کاملیت و همه جانبه بودن فعالیت های پلان گذاری شده میباشد که قبل از اجرای مرور باید پیش برده شود.

## ۱ - طرز العمل پلان گذاری

طوری‌که مبرهن است پلان گذاری مهم ترین مرحله ای مرور بوده زیرا درین مرحله است که تیم به تعیین کیفیت کاریکه که منتج به ارایه سفارشات مرور میشود، قادر میگردد. این موضوع متعاقباً سبب تغییر در پالیسی و استراتیژی می گردد. بنابراین پلان گذاری مرور باید هم از نگاه اداری و هم از نگاه تخنیکی پیش برده شود. این موضوع ذیلاً مورد بحث قرار گرفته شده است:

### پلان گذاری اداری:

اتخاذ تصمیم در مورد اجرای مرور مراقبت های صحی اولیه: از مطالعه اسناد مرور های قبلی چنین فهمیده میشود که این ها خیلی مفید بوده و زمینه را برای مسایل ذیل مهیا میسازد:

\* اندازه گیری درجه پیشرفت در تطبیق مراقبت های صحی اولیه از نگاه دسترسی به اهداف، سطح پوشش و تاثیرات خدمات صحی بالای صحت مردم.

\* شناسایی موانع در برابر پیشرفت کار.

\* شناسایی وسعت پیشرفت هر يك از ارکان مراقبت های صحی اولیه.

\* تأیید ارقام موجوده صحی در مورد تطبیق مراقبت های صحی اولیه.

\* جمع آوری ارقام (غیر از ارقام روتین) مخصوصاً از نگاه تطبیق پروگرام های صحی مختلفه.

\* فراهم آوری زمینه برای مقامات ذیصلاح عالی رتبه تا از ساحه کار ویزیت بعمل آورده و خود را

از موجودیت پرابلم ها مطلع بسازند و درباره پالیسی صحی با پرسونل صحی مذاکره بعمل بیاورند.

\* ایجاد زمینه مساعد برای اشتراك مساعی مقامات بلند سويه صحی مملکتی تا ازین ارقام جمع آوری شده استفاده مطلوب نموده و پلان های بعدی را به اساس آن طرح و بنیاد گذاری کنند.

اتخاذ تصمیم جهت اجرای مرور باید در سويه بالاترین سیستم صحت عامه روی دست گرفته شود مثلاً وزیر صحت عامه و یا رئیس امور صحی این مقامات به همکاری مسؤولین عالی رتبه سازمان های بین المللی باید مسایل و قضایای کلیدی که باید در جریان مرور تحت غور قرار بگیرد باید شناسایی نمایند. علاوهً بالای نوع معلومات که ایشان توقع جمع آوری آنها دارند و از آن در مرور استفاده می کنند، تصمیم اتخاذ بدارند.

پیشبرد مرور مراقبت های صحی اولیه نه تنها از نگاه مصارف بلکه از نظر استخدام يك تعداد زیادی کارگران صحی متعلق پروگرامهای دیگر صحی در اجرای مرور کار خیلی قیمت و گرانبها میباشد. فلذا مرور باید در اوقات و دوره های معین زمانی با اهداف واضح روی دست گرفته شود. مقامات صحی ملی باید اوقات مناسب را باید مشخص بسازند تا مرور مراقبت های صحی اولیه روی دست گرفته شود. هرگاه مقصد از اجرای مرور، مطالعه یکی از ارکان مراقبت های صحی اولیه باشد درینصورت منابع و قوای بشري محدود تری بکار می باشد اما اکثراً سعی گردد تا کلیه ارکان مراقبت های صحی شامل پروسه مرور ساخته شود.

### محول سازی مسؤولیت مرور:

بغرض افزایش تأثیرات و ارزش مرور مراقبت های صحی اولیه باید کلیه وظایف و فعالیت ها واضحاً بیک تیم مسؤول پیش برد، مرور محول ساخته میشود. این تیم از نمایندگان وزارت خانه های سکتوری مرکب شده می تواند. در رأس تیم يك نفر به صفت تیم لیدر انتصاب شده و کمیته، رهبری ملی (Steering) و کمیته تخنیکی نیز در پهلوی آن تشکیل خواهد شد.

دریسا واقعات، انتظام امور و انسجام فعالیت های مرور تیم لیدر بوده که نامبرده معمولاً يك آمر ارشد وزارت صحت عامه در امور مراقبت های صحی اولیه می باشد مسؤولیت و صلاحیت تیم لیدر باید در بدو مرحله واضح بوده و نامبرده از تمام مسؤولیت های اضافی قبلی خود باید سبکدوش ساخته شود.

در عین حال تیم لیدر باید دارای مسؤولیت ها و صلاحیت های اداری کافی بشمول سهولت های دفتری از قبیل کاتب، سرکتر آمر اداری وغیره بوده و کمیته رهبری مسؤول رهبری و نظارت جریان مرور میباشد. در بعضی ممالك که در سویه ملی یا منطقوی کمیته انسجام مراقبت های صحی اولیه موجود میباشد این کمیته مسؤولیت رهبری مرور را نیز به عهده می گیرد. این کار از این باعث مهم است که کمیته فوق تجارب کافی در تنظیم انسجام امور بین سکتوری حاصل نموده میباشد. در غیر آن کمیته رهبری باید متشکل از افراد تصمیم گیر از سکتور های مختلفه که نمایندگی از سویه های مختلفه عرضه خدمات صحی نموده بتوانند، باشد. این کمیته برنامه کار و امور مختلفه مرور را انتظام بخشیده اعضای کمیته تخنیکی را انتخاب نموده، مسایل بودجوي را ترتیب داده و کمیته تخنیکی را وقتاً فوقتاً رهبری می نماید.

به کمیته تخنیکی مسؤولیت جمع آوری معلومات، طرح و اجرای سروی و تحلیل ارقام حاصله ساحوی محول ساخته می شود. به اضافه آن، این کمیته مطالعات تحقیقاتی را به شمول طرح پالیسی و تحلیل منابع مختلفه سرپرستی و نظارت مینماید. این همه کارهای مهم باید قبل از آغاز کار ساحوی باید به مرحله اکمال رسیده باشد.



جدول اول - ترکیب و وظایف تیم مرور :

وظایف	افراد
رهبر تیم باید يك نفر متجرب و سابقه دار وزارت صحت عامه بوده و بصورت دائمی استخدام گردد.	
<b>ترکیب کمیته رهبری</b>	<b>وظایف</b>
افراد تصمیم گیر از سکتورهای مختلفه و نمایندگان سازمان های صحتی از سویه های مختلفه به شمول مردم جمعیت.	رهبری مجموعی در اجرای - تعیین برنامه کار - انتخاب کمیته تخنیکي - انتخاب اعضای کار - ترتیب امور بودجوي - رهبری وقتاً فوقتاً کار
<b>ترکیب کمیته رهبری</b>	
مامورین عالی رتبه وزارت صحت عامه و وزارت های دیگر سکتوری و نمایندگان سازمان های بین المللی.	- جمع آوری ارقام موجود - طرح و ترتیب سروی - تطبیق سروی در ساحه - تحلیل ارقام ساحوی - تسوید راپور ابتدایی

### تشکیل تیم مرور:

یکی از وظایف ابتدایی اداری عبارت از تعیین اعضای تیم مرور میباشد این تیم بقدر کافی کلان باشد تا از امور مختلف تخنیکي و اداری نظارت بعمل آورده و کلیه فعالیت های دفتری و ساحوی را رهبری و سرپرستی نموده میتواند. اما انقدر بزرگ هم نباشد که مسؤولیت های راپوردهی کار بس مغلط و دور از گنجایش و حیطه کار کمیته ها گردد.

این تیم متشکل از پرسونل مختلفه پروگرام های صحتی و سایر سکتورها بوده و در عین حال در میان تعداد

از پالیسی سازها، اداره چي ها، متخصصين مسلكي وعرضه كننده گان خدمات صحي در سويه هاي مختلفه شامل ويك توازن معقول بايد در ميان باشد. اعضای كميته از كتگوري هاي زير بايد انتخاب شود:

#### \* از سويه مركزي:

- پلان گزارها - و پاليسي سازها.
- مديران پروگرام ها.
- اداره چيان.
- متخصصين اقتصاد.
- اپيديميالوجيست.
- متخصصين تعليم و تربيه.

#### \* از سويه ولايتي:

- آمرين پروگرام هاي طبي.
- آمرين پروگرام هاي صحي.

\* ساير سكتورها: وزارت خانه و سازمان هاي مرتبط به صحت مانند زراعت، تعليم و تربيه، پلان گذاري، انكشاف جمعيت مخابرات منابع آب وغيره.

\* سازمان هاي غير دولتي ملي: احزاب سياسي، انجمن هاي مسلكي، گروه هاي رضاكار، صليب احمر بين المللي، پوهنتون و مؤسسات تعليمات طبي عالي.

#### \* سازمان هاي كمك دهنده و سازمان هاي صحي بين المللي.

يكي از فكتورهاي كه در موفقيت مرور هاي قبلي سهم بارز داشته همانا اشتراك و همكاري اعضاي پروگرام هاي مختلف النوع در پروسه مرور در داخل تيم مرور بوده مخصوصاً اگر در دعوت به اشتراك شوند خيلي مفيد ثابت خواهد شد. اشتراك اعضاي بالقوه شامل نمايندگان ساير وزارت خانه هاي كه فعاليت هاي ايشان بالاي صحت تأثير مي اندازد نقش متبازل بالاي مراقبت هاي صحي خواهد داشت. اشتراك مساعي ايشان متضمن كاملت و جامعيت پروسه مرور مي باشد كه تعهدات ايشان را درين مورد بيشتر از پيشتر جلب مي نمايد. گروه هاي فوق از همه بيشتر مطلع ساخته شده و اهداف، طرز العمل و وسعت مرور به اطلاع ايشان رسانيده مي شود. بهترين نحوه كار در آن است كه ساحه كار و نوعيت مصروفيت هريك از اعضاي تيم مرور را بيرون نويس نموده تا هريك آن در پيش برد وظايف محوله خود طوريكه لازم است متعهد شده و از بروز پرايلم ها جلوگيري بعمل آيد.

از نقطه آغاز کار آمرین ارشد پروگرامهای مختلفه در مراقبت های صحی اولیه در طول جریان کار از مرحله دیزاین الی اجرای سروی تحلیل ارقام تا نهایت امر یعنی ارایه راپور نهایی همه مطلع و آگاه نگهداشته شوند. اگر همه این امور به اعضای جوان و کم تجربه واگذار ساخته شود يك بخش عمده ارزش مراقبت های صحی اولیه ماهیت خود را از دست خواهد داد. اعضای شامل مرور باید از اهمیت تعهدات خود آگاه بوده و مسئولیت های خود را در قبال تکمیل پروژه در وقت معینه آن درك نمایند.

### تنظیم تقسیم اوقات:

بنابر طبیعت همکاری که در مرور موجود است باید برنامه کار هرچه بیشتر بصورت ثابت ترتیب و انتظام بیابد. پلان های سفر و ترتیبات بود و باش شبانه باید قبلاً مرتب ساخته شود، تهیه و تدارکات وغیره بصورت قبلی رویدست گرفته شده تا لوجستك در وقت معینه آن بدست رس تیم مرور قرار گرفته بتواند. در

### تعیین اوقات کار حقایق زیر در نظر گرفته شود:

- \* تهیه و جمع آوری معلومات موجود و تهیه و ترتیب جهت اجرای سروی ها شاید ضرورت به آمادگی های چند ماهه را در پیش داشته باشد. مخصوصاً اگر مطالعات تحقیقاتی بیشتر مورد نیاز باشد.
- \* اجرای کار های ساحوی در جریان ماهای زمستان و یا موسم بارانی ویا در موسم خرمن برداری مشکل میباشد.
- \* رخصتی های عمومی و کانفرانس های پلان شده سازمان های دیگر شاید باعث ایجاد پرابلم در کار مرور شود. باید قبل از وقوع راه حل های آن جستجو شود.

يکي از ميعاد (وقت) هاي مهم عبارت از تدوير مجلس بعد از اجرای مرور بوده که در آن دست آورد های پروسه مرور توسط مامورین عالی رتبه تصمیم گیر در مورد پالیسی مراقبت های صحی اولیه تحت غور و بررسی قرار می گیرد. درین مجلس تمام افرادیکه در وهله اول در جریان تصمیم گیری اشتغال داشتند و افرادیکه در سفارشات مرور رول داشتند، باید اشتراك نمایند، این افرادیکه در مجلس اشتراك مینمایند باید بقدر کافی وقت خود را به آن وقف نمایند و اوقات دقیق همه واقعات به آن ها داده شود تا آمادگی لازمه را بغرض اشتراك مؤثر گرفته بتوانند. اشتراك افراد در مرحله پلان گذاری مانند اشتراك ایشان در مجلس بعد از مرور خیلی ضرور و حتمي میباشد.

ترتیب يك تقسیم اوقات برای هريك از اعضای تیم مرور ضرور بوده تا ایشان جریان امور را بدست خود تعیین بسازند.

## جدول ۲ : چارت نمونوي برای تعیین برنامه وظایف مختلفه :

تعیین اوقات							
وظایف :							هفته
							۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷
۱							
۲							
۳							

تعیین پرسونل			
وظایف	اعضای تیم	معاونین اداری	مصاحبه کننده
۱	۲	-	-
۲	-	۱	-
۳	۸	۱	۱۲

هرگاهي که کمیته رهبری جریان وقایع را در پروسه مرور مشخص نمودند بعداً ایشان قادر خواهند شد تا از منابع مختلفه (بودجوی پرسونل ووقت) در تطبیق آن استفاده نمایند. باید بخاطر داشت که در بعضی اوقات هیچ گونه ترتیبات قبل از تنظیم برنامه نمونه گیری صورت گرفته نمی تواند.

### پشتیبانی منابع ملی و بین المللی :

پیش برد مرور مراقبت های صحی اولیه يك موضوع خیلی قیمت بها بوده وشامل کلیه مصارف از قبیل معاشات سفریه وغیره میباشد که در بعضی ممالك مصارف آن از پنج تا سی هزار دالر تفاوت مینماید. در پیش برد این مرور باید از منابع خارجی استفاده شود اما به آن هم مقادیر کافی منابع مالی در بودجه مراقبت های صحی اولیه پیش بینی گردد تا در تمویل از آن استفاده شده و يك روحیه متكي بخود ببيان آمده بتواند. اگر پول در منابع داخلی موجود نباشد پس باید يك پلان بودجوی تفصیلی بصورت قبلی تهیه وترتیب گردد تا در وقت معین آن به مؤسسات کمک دهنده پیش کش شده بتواند. زیرا این مؤسسات اولاً يك پروسه دور و دراز بیروکراتیک را در پیش می گیرند تا بعداً در تمویل اینگونه فعالیت هامصدر مساعدت مالی شده بتوانند. تخمین مصارف مرور باید پیش از همه امور صورت پذیر گردد. اما در صورت تفاوت ها تعدیلات لازمه در آن صورت گرفته بتواند. يك نوع پلان بودجوي در جدول ۳ ارایه شده امید مورد استفاده قرار بگیرد.

---

### جدول ۳ - نمونه پلان بودجوی برای مرور مراقبت های صحنی اولیه

---

منابع پیشنهادی      جمع

---

#### ۱- مرحله آمادگی

۱-۱ مجالس سرور

تسهیلات کانفرانس

سفر خرچ شاملات

امور دفتر داری

قرطاسیه و غیره

۱-۲ آزمایشات ساحوی فورمه سروی

شاملان

قیمت سفریه

چاپ فورمه ها

۳-۱ چاپ و توزیع اسناد پروگرام مرور

۴-۱ احتیاجات دیگر

#### ۲- سروی

۱-۲ مجالس تیم سروی

تسهیلات کانفرانس

مصارف شاملان

مصارف مهمان نوازی

۲-۲ سروی ساحوی

جیب خرچ روز مره

سفر های داخلی

کرایه وسایل نقلیه

۳-۲ قرطاسیه و مصارف اداری

تایپ چاپ و توزیع راپور مقدماتی

۳- مجالس بعدالمرور

تسهیلات کانفرانس

جیب روز مره شاملان

قیمت سفریه و غیره

مهمان داری ها و غیره



---

#### ۴- نشر راپور نهایی

---

توحید

ترجمه

تالیف

چاپ

توزیع

---

۵- و غیره

جمع

---

#### انتظامات لجستیکی برای امور ساحوی و مرکزی:

تهیه و ترتیب مقدماتی امور لجستیکی ساحوی و مرکزی خیلی ضروری بوده اینها شامل مطالب زیر میباشد:

- \* قروغ اتاق ها در هتل در ساحه و در مرکز.
- \* کرایه وسایل نقلیه به شمول مصرف پترول و دریور.
- \* خریداری تکت طیاره در صورت ضرورت.
- \* استخدام ترجمان رهنما و غیره پرسونل اضافی مطابق احتیاج.
- \* تهیه معلومات و یادداشت های اطلاعاتی مثلاً از قبیل پروتوکول ساحوی و غیره.
- \* قیمت ترانسپورت و سفر خرج روزمره برای اجرای سروی.

درین مرحله آغاز کار سروی به همه باید ابلاغ گردد. حمایت و پشتیبانی همه در زمینه همکاری و مساعدت جلب شود. همه افراد و مقامات از تاریخ آغاز سروی قبلاً باید اطلاع حاصل نمایند.

## تیم سروی:

اعضای تیم سروی بسیار به دقت باید انتخاب شود. يك روش معمول در مورد هر عضو تیم مرور اینست که کلیه کتگوری پرسونل را دربر گرفته و شامل کلیه دسپلین های مربوطه باشد. در جریان سروی مقدار خانوار (کلستر) های که توسط هریک از تیم ها تحت پوشش قرار گرفته می تواند موضوع بس مهم دیگر میباشد که باید به دقت تحت مطالعه قرار داده شود. در سروی ساحه تمام اعضای تیم مرور شاید اشتراك عمل نکنند اما بهر حال اشتراك عمل ایشان باعث افزایش تماس بین پرسونل درسویه های مختلفه عرضه خدمات صحی می شود.

### اعضای تیم مرور در اجرای فعالیت های زیر توظیف می آیند:

- \* تربیه، مصاحبه کننده.
- \* طرح پلان برای دسترسی و سروی نمونه های انتخاب شده.
- \* نظارت از مصاحبه کنندگان جهت تضمین کیفیت عالی ارقام جمع آوری شده.
- \* بررسی و جدول بندی ارقام حاصله از ساحه.
- \* تهیه يك راپور بین البینی به استناد راپور مقدماتی.

بصورت عمومی: مصاحبه کنندگان مؤظف در هر يك از تیم های سروی باید به السنه محلی آشنایی و تسلط داشته و به رسم و رواج ایشان بلدیت تام داشته باشد. اینها باید با سواد بوده و در بین مردم محل قابل تحمل باشند.

در صورت امکان از مصاحبه کنندگان مجرب با سابقه در اجرای سروی کار گرفته شود. اگر لازم بیافتد از پرسونل وزارت صحت عامه به صفت مصاحبه کننده استفاده شود بهتر است. تا ایشان در يك قریه (جمیعت) بیگانه (غیر از خود) مصاحبه ای را به راه بیاندازند از تحریفات شعوری و غیر شعوری جلوگیری بعمل آمده بتواند.

تربیه و تسهیلات کاری: بر علاوه ترتیبات لوجستیکی سروی باید تسهیلات لازمه برای اجرای امور تربیوی اعضای سروی نیز در نظر گرفته شود تا ایشان کارهای دفتر داری، جمع آوری تحلیل ارقام و راپور نویسی را اجرا بدارند.

---

## جدول ۴ - چك لست سامان و تجهيزات تيم هاي سروی

---

۱- فورمه های جمع آوری ارقام

- خانوار

- کارگران صحي

- مرکز صحي

- مقاصد مخصوص

۲- اوراق تعليمات نامه

۳- فورمه هاي خلاصه

۴- كپ بورد

۵- قرطاسيه، ماشين حساب ونقشه

۶- لست كلسترهای قرأ و نفوس آن

۷- لست اسماي مامورين رسمي

۸- جداول موخذ (قامت بروزن)

۹- ترمومتر يخچال، پاكٲ های او ار اس وكارت معافيت

۱۰- مواد تعليمات صحي، لست ادويه اساسی مراکز صحي

۱۱- وجه سردستی

۱۲- تقسيم اوقات كار تيم های سروی

۱۳- بكس كمك هاي اوليه و مواد دوايی.

تيم های سروی در سويه مركزي و ولايتی به اين گونه تسهيلات ضرورت دارند.

**سامان و تجهيزات:**

كلية سامان و لوازم بايد در يك وقت معين پيش از آغاز كارسروى بدست رس تيم هاي سروی گذاشته شود.

اگر براي خريداري آن به پول ضرورت بود بودجه كافي براي خريداري آن در نظر گرفته شود. لست سامان و

تجهيزات مندرج جدول ۴ بوده البته در صورت لزوم تعديل شده می تواند.

**پلان گذاري تخنيکی:**

**تجديد نظر و تحليل پاليسي و پلان هاي موجود:**

قبل از آغاز بهار ساحوی مرور مراقبت هاي صحي اوليه بايد يك تعداد زياد ارقام احصايوی جمع آوری

گردد.

مرحله اول درین زمینه عبارت از جمع آوری مواد چاپی و نشرات قبلی راجع به پالیسی های صحی و پلان مراقبت های صحی اولیه در متن پلان های عمومی انکشاف اقتصادی و اجتماعی میباشد. مثلاً درین جاه از همه مهمتر پالیسی تعلیمی و تربیوی، تغذی، رفاه اجتماعی و غیره نیز شامل میباشد. البته تجدید و مرور اسناد فوق به غرض بررسی اهداف و مرام سایر سکتورها و ارتباط آنها به مراقبت های صحی اولیه خیلی ضروری و حتمی شمرده می شود. مثال های بالقوه اسناد فوق قرار ذیل است:

- \* پالیسی ملی صحی به ارتباط مراقبت های صحی اولیه.
  - \* پالیسی و استراتیژی ملی در سکتورهای مرتبط به صحت.
  - \* اهداف و استراتیژی ارکان مختلفه مراقبت های صحی اولیه.
  - \* مطالعه راپورهای مرور های قبلی مراقبت های صحی اولیه.
  - \* پلان های انکشافی سایر سکتور ها.
- این معلومات مخصوصاً از دو نگاه حایز اهمیت خاص میباشد: اینگونه معلومات نکته آغاز فعالیت های بعدی را تشکیل داده و اساسات خوبی را جهت تحلیل پیشرفت های مراقبت های صحی اولیه در مملکت بدسترس می گذارد. به ارتباط موضوع ثانی معلومات درباره مطالب آتی مورد ضرورت می باشد:
- \* میکانیزم انسجام فعالیت های سایر سکتور ها که تأثیری بالای صحت گذاشته و به مراقبت های صحی اولیه ارتباط پیدا مینماید.
  - \* میکانیزم پیشنهادی جهت تقویت اشتراك مساعي مردم جمعیت بغرض ارتقای مراقبت های صحی اولیه.
  - \* طبیعت پروسه پلان گذاری مخصوصاً ایجاد بعضی تغییرات که انکشاف مراقبت های صحی اولیه را سهولت می بخشد. مثلاً تغییرات در نحوه «پلان گذاری بالا به پایین» به يك «پلان

### گذاری غیر متمرکز».

- \* پیشرفت در تفویض صلاحیت و مسؤولیت از مرکز به تسهیلات صحی محیطی در سطح ولایات و ولسوالی ها.

\* پیشرفت در انتقال تخصیصه های منابع مالی از شهرها به دهات مثلاً ایجاد تغییرات در توزیع مجدد منابع مالی و قوای بشری از شفاخانه ها به مراکز صحي دهاتی.

اگر نوع معلومات که درینجا ما از آن متذکر شدیم بدست رس تیم مرور نباشد درینصورت يك کمیته فرعی را باید تعیین نمود تا اسناد مؤثق مورد ضرورت را تهیه کند و بدست رس تیم بگذارد. به الفاظ دیگر پالیسی صحي قبل از آغاز مرحله ساحوی کار مورد تحلیل قرار بگیرد. برای مثال مطالعات از قبیل تاثیرات پالیسی موجوده بالای توزیع منابع صحي به تفکیک منطقه و نواحی ویا مطالعه تاثیرات تفریقی صحي بین گروه های اجتماعی و اقتصادی تحت اجرا قرار گرفته شده می تواند. به عین شکل ارقام مورد رول سازمان های غیر دولتی در تمویل خدمات صحي شاید مورد ضرورت واقع شود تا روش های مختلفه تحت مطالعه قرار گرفته بتواند. اگر تیم مرور پالیسی سازمان های ملی را در اجرای چنین تحقیقات تنبیه نموده بتواند کار خیلی ثواب و مفید خواهد بود.

#### مرور و تحلیل ارقام موجود :

قبلاً در صفحه ۲ این رهنمود پروسس جمع آوری ارقام ملی موجود مورد بحث قرار گرفت. درین مورد باید گفت تعدیل و تطبیق آن در شرایط هر مملکت ضرورت حتمی است. لکن در تمام ممالك محتوی واقعی مرور بالای ارقام موجود و اجرای سروی های تصادفی یا (ad hoc) استنادمینماید.

شاید بعضی از ارکان مراقبت های صحي اولیه باوجود داشتن اهداف خیلی بلند ممکن پیشرفت اندکی نموده باشد. ازینرو از چنین ارزیابی پروگرام های اختصاصی شاید بیشتر از همه بهره مند گردد. علاوه بر این در مورد بعضی پروگرام های دیگر که منابع پولی که قبلاً برای ایشان تخصیص داده شده بود، بدست رس ایشان گذاشته نشده باشد. چنین يك تحلیل در توضیح، علل و اسباب مشکلات خیلی مفید واقع خواهد شد.



در جریان مرور در گذشته شاید تعداد زیاد ارقام جمع آوری شده که عده زیادی دارای کیفیت مطلوب نبوده و بعضی از آن ها هیچگاه تحت تحلیل و بررسی قرار نگرفته باشد. باین ترتیب در وهله اول پلان گذاری باید مقدار اقلی معلومات مورد ضرورت باید مشخص شود، تا جمع آوری گردد تا از آن بدرستی هرچه بیشتر استفاده بعمل بیاید. برای اینکار قبل از آغاز بکار، شناسایی معیارات خصوصی حتمی بوده تا در اتخاذ تصمیم از آن بصورت واقع بیانه استفاده گردد. درنیل به این مرام اکثراً مابه گونه گیری های معقول در سروی ها احتیاج پیدا خواهیم نمود.

اولین قدم در سروی ها مراقبت های صحی اولیه عبارت از مرور و تحلیل ارقام موجود میباشد. درین مورد شاید منابع ارقام متفاوت باشد. اما يك منبع هم ارقام عبارت از سیستم اطلاعات صحی روتین در مملکت میباشد. اگر میزان شیوع، قوع و میزان وفيات بصورت روتین محاسبه نمی شود پس سعی شود تا از روی ارقام مصابیت ها و وفيات نفوس محاسبه گردد. معیارات دیگر مانند معیارات پوشش واکسیناتور، مصرف دوايي وغيره نیز در پیشبرد سروی ها در نظر گرفته شده می تواند. برای مثال در سیستم اطلاعات موضوعات توزیع پرسونل تخصیصه های پولی و سیستم توزیع ادویه مطالب مفید خواهد بود. اگر اخذ معلومات در مورد موضوعات فوق از طریق سیستم اطلاعات صحی میسر نبود پس از طریق اجرای سروی های ارکان جداگانه مراقبت های صحی اولیه نیز ممکن شده می تواند.

افراد مسؤول توحید و تحلیل به ارقام نیازمند همکاری تمام شعبات فنی واداری وزارت صحت عامه بغرض جمع آوری این ارقام میباشد. این افراد باید به تمام اسناد و اوراق دست رسی آسان داشته باشد. این مرحله طولانی ترین و مغلق ترین قدم، اما در واقعیت مهم ترین قدم در پیش بردفعالیت های پلان گذاری مرور تلقی شده می تواند. این مرحله قبل از تشریف آوری تیم مرور در منطقه باید انجام بیاید. درین مرحله کمیته تخنیکي باید کاملاً دست به کار شده و همه مراحل مختلفه جمع آوری و تحلیل ارقام را بدست خود بگیرد. طوریکه قبلاً از آن متذکر شدیم اعضای کمیته از بین دسپیلین های مختلفه انتخاب شود. درین صورت باید در تهیه و بدست رس گذاشتن ارقام مربوط به شعبه خودش همکاری مسلکی با تیم مرور انجام بدهد.

## تعیین اهداف خصوصی:

در جریان پروسه مرور تعین اهداف خصوصی کلیه ابعاد و ارکان مراقبت های صحتی اولیه با استفاده از ارقام دست داشته باید تحت مطالعه قرار بگیرد. لکن مطالعات تفصیلی متعاقب صرف به مطالعه آن ابعاد خصوصی و یا ارکان مشخص مراقبت های صحتی اولیه مختص ساخته می شود که برای ارزیابی آماده کار میباشد. برای مثال اگر در یک مملکت بر مبنای ارقام موجوده اسباب ممکنه يك پرابلم را در سیستم توزیع دوايي شناسایی بنمایند درینصورت ضرورت بر پرسش سوالات عمیق از تمام مراکز توزیع دوايي بمیان می آید. لکن اگر این موضوع فهمیده شده نتواند که توزیع دوايي در واقعیت يك پرابلم خطیر است پس اینقدر کافی خواهد بود که موجودیت ادویه را صرف در سویه مراکز صحتی بررسی نماید.

طرق دیگر بررسی انتظام پروسه مرور عبارت از شناسایی معیارات مهم صحت عامه مثلاً وفيات اطفال و وفيات ناشي از ملاریا و غیره میباشد تا تصمیم اتخاذ گردد که کدام يك ازین معیارات در جریان مرور مورد تحقیق قرار داده شود. اگر برای مثال وفيات ملاریا به صفت یکی از پرابلم ها شناخته شده باشد پس از آن سیستم توزیع دوايي باید به تفصیل تحت مطالعه قرار داده شود. البته درین مقطع باید بخاطر باشد که ارقام وفيات از طریق پرسشنامه سروی بدست آمده نمی تواند در عوض ارقام فوق الذکر از دفتر مرکزی احصایه وزارت صحت عامه بدست می آید.

هرگاه يك مرتبه ارقام موجوده ارزیابی گردید و در مورد آن با مامورین عالی رتبه وزارت مباحثه و مذاکره

بعمل آمد بعداً این موضوع امکان پذیر خواهد شد تا يك نظریهء دقیق به میان بیاید که پروسه مرور چه بکند، و چه اهداف را تأمین نموده می تواند. در قدم اول این کار يك آزمایش ویا یک تجربه بوده با تحلیل و تیرهء انکشاف ارتباط گرفته يك تجدید نظر تخنیکي درمورد پیشرفت ارکان مراقبت های صحتی اولیه میباشد. اگر وقتی که دورنمای کار مشخص گردید اهداف خصوصی را باید تعیین کرد و در مورد آن با پالیسی سازمان های ملی کمیته رهبری واعضای تیم مرور باید مباحثه و مذاکره بعمل آورد.

## معلومات اضافی مورد نیاز

وقتی که اهداف مرور تعیین شد، معلومات موجوده جمع آوری و تحلیل گردید در آن صورت طرح و دیزاین حقیقی کار یعنی تشخیص انواع معلومات اضافی که باید گرد هم جمع شود، آغاز می آید. این مرحله صرف بایک ترتیب Cursory پیش برده شده نمی تواند پس معلومات مورد ضرورت هرچه بهتر باید توضیح یابد.

اولیه متمرکز می‌باشد. این یگانه سویه است که در آن تأثیرات و سطح استفاده از خدمات صحتی مختلفه بصورت دقیق و درستی لازم اندازه گیری و محاسبه شده می‌توانند. خصوصیات خانوار قویاً تحت تأثیر فکتور جمعیت و قریه قرار می‌گیرد. سروی ها چنین مطرح می‌شوند که در قدم اول موضوع رعایت روحیه انصاف را در تخصیص منابع به جمعیت های که در نواحی مختلفه جغرافیایی موقعیت دارند در نظر داشته باشند.

### **پلان نمونه گیری**

#### **سمپل کلسترهای خانوارها**

از سمپل گیری دو مرحله ای که توسط پروگرام معافیت کتلوی معرفی شده و در اینجا استفاده می‌گردد. (ضمیمه اول را ببینید) این سمپل گیری به غرض محاسبه سطح پوشش پروگرام واکسیناسیون و میزان وقوع وفيات ناشی از امراض اسهالی طرح و دیزاین گردیده است. ناگفته نماند که منتهای احتیاط را در قسمت موضوعات که این سروی برای آن مورد تطبیق نداشته و برای آن دیزاین -

نشده بود، در نظر داشته باشید. تفصیل متودهای علی البدل فوری در ضمیمه اول ارائه گردیده است.

تصمیم در مورد انتخاب نمونه ای خانوارها و ارقام احصایوی دیگر با در نظر داشت وقت و منابع دست داشته، اتخاذ گردد. زیرا وقت و پول همیشه یکی از موانع بوده و لازم است تا با ارتباط آن واحد سمپل گیری را توضیح بداریم. در سروی های مراقبت های صحتی اولیه معمولاً واحد سمپل خانوار میباشد. معمولاً موضوع اقتصادی، سرعت در کار و کم مصرفی منابع پولی ضرورت سمپل گیری ساده، خانوارها را از بین می برد. بنابراین از باعث دلایل قیمت کار و یا کمبود وقت ضرورت به آن می افتد که مراحل اضافی دیگر را در سمپل گیری علاوه نمایم. برای مثال در وهله اول ولسوالی. بعداً قرأ و در نهایت خانوارها از بین قرأ انتخاب می گردند. (نمونه گیری چندین مرحله ای)

متود جمع آوری ارقام و تحلیل آن که در ضمیمه اول توضیح یافت یک تخمین غیر قابل تحریف ارقام تغییر پذیر نفوس را بدست رس می گذارد. هرگاهی که یک تخمین حسابی بدون تحریف باشد پس درجه عدم اطمینان (Uncertainty) را در ارزش ارقام تخمین شده یادرجه، غلطی معیاری

(Standard Error) محاسبه نموده می توانیم. بصورت کلی گفته می توانیم که ۹۰ فیصد متیقن میباشیم که رقم اصلی نفوس (که تغییر پذیر است) در بین یک دوره (Interval) یعنی بین:

تخمین منفی S.E.2 و تخمین مثبت S.E.2 واقع شده می باشد. این انتروال به صفت دوره ۹۵ فیصد اعتماد مسمی میباشد. درجه یقینی بودن تخمین های ارقام سروی متعلق به حجم نفوس، درجه تجمع خانواده ها (کلستر بودن) و ارقام تغییر پذیر میباشد. اگر کلیه مسایل دیگر مساوی فرض شود هر قدر حجم سمپل بزرگ تر باشد به همان اندازه درجه تخمین دقیق تر میباشد. (به الفاظ دیگر S.E آن کوچکتر میباشد). لکن در مورد عین مجموع حجم سمپل، باید گفت که اگر سروی یک تعداد زیاد کلسترها به خانوارها محدود (در هر یک از کلسترها) نتایج بهتر و دقیق تر نسبت به یک سروی که تعداد کلستر آن کمتر و تعداد خانوارهای آن زیاد تر باشد بدست میدهد برای مثال در یک سروی که با ۳۰۰ نفر مادر مصاحبه می شوند معمولاً نسبت به یک سروی که در آن ۲۰۰ مادر مصاحبه می شود دقیق و صحیح تر میباشد. برعلاوه اگر این ۳۰۰ مادر در ۵۰ کلستره (۶ مادر در یک کلستر) توزیع یافته باشد درجه دقت و صحت آن نسبت ۵۰ کلستریکه در هر یک آن ۱۰ مادر موجود باشد بیشتر میباشد.

## ۲- جمع آوری ارقام در ساحه

کار ساحوی مدت کوتاه را در بر گرفته اما خیلی مهم و همه جانبه میباشد. قسمت از مصاحبه که بواسطه تمام اعضای تیم یا توسط قسمت محدودی از اعضای تیم صورت می گیرد که شامل مراحل زیر میباشد:

### ویزیت مجلات سروی ولایات، ولسوالی ها و قرأ (سویه جمعیت)

در مرور قبلی طوری معلوم شد که موثریت جمع آوری ارقام بالای مطالب زیر تعلق می گیرد:

\* قابلیت و اهلیت هر تیم در جمع آوری ارقام مؤثق و ثابت خیلی مهم بوده و این کاریبانگر آن است که فهم و درك مسؤولیت نزد افراد و گروپ موجود بوده و در عین حال اعضای تیم ها با پرسشنامه آشنایی و بلدیت پوره داشته باشد.

\* ترتیب و انتظام يك برنامه کار مکمل فعالیت نه تنها برای مصاحبه کنندگان بلکه برای سوپروایزر ها نیز ضرورت میباشد. این موضوع خاصاً در سویه خانوار خیلی مهم بوده و مصاحبه کننده يك وقت خاص را برای مصاحبه انتخاب میکند که باعث حد اقل سکتگی در جریان کار خانه نشود مخصوصاً که والدین در داخل منزل وجود داشته بهترین وقت صبح ویا عصر روز میباشد.

\* در جریان سروی عرضه خدمات صحی مثلاً توزیع ادویه ضد ملاریا و پاکت های او ار اس پیشبرد پروگرام سروی کمک زیاد مینماید. اتخاذ این روش برای مردم در جمعیت و برای کارکنان صحی این ذهنیت را بپیان می آورد که تعقیب اینگونه روش بهترین راه برای پیشبرد کار بوده میباشد به این ترتیب سروی به صفت يك وسیله تربیه و عرضه خدمات صحی به حساب می رود. اهمیت این متود نظارت بیشتر ازین تأیید شده نمی تواند سوپروایزر مقدار زیاد وقت خود را باید در ساحه گذشتانده و خود را به کارهای مفید مشغول میسازد. این کارها عبارت انداز:

\* سروی مجدد يك نمونه خانوارها (کارگران صحی) و مقایسه متقابل نتایج اولیه مصاحبه کننده گان.  
\* جمع آوری ارقام تأکید کننده در هر فرصت که امکان پذیر باشد (مثلاً معاینه سکار (داغ) بی سی جی به منظور تأیید واکسیناسیون اطفال).

### تحلیل ابتدایی ارقام در ساحه :

طوریکه در بالا از آن تذکار رفت در ختم هر روز کار هر تیم توسط سوپروایزر مربوط مورد مطالعه و بررسی قرار میگیرد. اینکار شامل حساب و کنترل نتایج هریک از کلستر خانوار (کلستر گروپ معین از خانوار). تحلیل ابتدایی شامل خلاصه سازی و جمع آوری تمام پاسخ ها در مقابل هر يك از سوالات به ترتیب کلستر به کلستر میباشد. برای مثال تعداد مجموع مادران که در مقابل سوال «آیا طفل شما» يك چارت رشد و نمو دارد» بلی گفته است خلاصه و مجموع آن محاسبه شود. اگر اینگونه خلاصه سازی و جمع روزانه در ساحه صورت بگیرد پس محاسبه کارکل سروی در هنگام بازگشت از ساحه کار خیلی سهل خواهد بود.

## جدول ۵ : ارایه نتایج ستردی

الف - شاخص های پوشش معافیت در ولایات

ولایت	نفوس	بزرگسالان <sup>۲</sup> در روز اول	بزرگسالان <sup>۱</sup> در روز سوم	ولایت ها در ۱۲ ماه گذشته	بزرگسالان <sup>۱</sup> در روز دوم
۱	۴۵۰	۷۳	۳۴	۱۸۰	۸,۶
۲	۴۳۸	۷۶	۳۰	۱۷۶	۱۰,۳
۳	۴۶۲	۶۸	۲۸	۲۰۶	۱۵,۳
۴	۵۰۲	۵۳	۱۸	۲۱۹	۸,۱
۵	۴۸۸	۶۱	۲۳	۲۳۱	۱۱,۸
۶	۵۲۳	۳۳	۱۷	۲۴۴	۶,۷
۷	۵۵۶	۳۳	۱۲	۲۸۱	۷,۵

ب - پروگرام های مراکز صحتی

فصلی مراکز صحتی دارای پروگرام در مورد :

ولایت	تفزی	رهفهای خانوار	ام، بی، ایچ	انتهالات	معافیت
الف	۱۰۰	۹۷	۸۳	۹۳	۱۰۰
۱	۹۷	۸۶	۹۳	۸۳	۹۷
۲	۹۳	۱۰۰	۸۸	۴	۹۳
۳	۹۷	۸۳	۷۸	۷۶	۸۱
۴	۸۸	۷۱	۷۳	۶۳	۸۱
۵	۸۶	۹۳	۳۷	۵۳	۷۷
۶	۵۵	۳۴	۵۲	۶۸	۷۵

### ۳- ترکیب ارقام Synthesis

#### مقدمه :

بعد از جمع آوری ارقام باید برای تحلیل ترتیب خاص و انتظام داده شود. زیرا به اساس همین تحلیل يك راپور مقدماتی تهیه و ترتیب شده که بعداً از روی آن راپور نهایی نوشته شده و به مراجع آن ارایه می گردد. این راپور نهایی شامل مرور به طرز العمل سروی (متودولوجی) و نتیجه گیری آن به شمول سفارشات در مورد تعدیل پلان مراقبت های صحی اولیه در سویه ملی میباشد. مرحله اخیر در پروسس و مرور پالیسی سازهای ملی ارتباط داشته ضروریات پلان مفصل مراقبت های صحی اولیه را در روشنی کفادت تیم تجدید نظر طرح و مورد تطبیق قرار بگیرد.

#### تحلیل جامع تحلیل ارقام دست داشته و جدید

بصورت ایدیال نحوه پروسس باید قبلاً توسط کمیته فنی تحت کار گرفته شده باشد هنگام که نوعیت اطلاعات که باید جمع آوری شود تعیین شد انواع جداول و گراف ها طرح شده می تواند. تا بعداً هنگام ارقام که بدست می آید جداول مذکور تهیه شده و ارقام خلاصه گردد. اگر قرار بر این باشد که در پروسس ارقام از کمپیوتر استفاده بعمل میاید پس باید برای اینکار پرسونل تربیه شود تا ایشان بدانند که در ختم این پروسس از ایشان چه توقع برده می شود.

جمع آوری توحید و تصنیف ارقام باید توسط اعضای تیم های سروی به شمول آمرین برنامه ساز اجرا شود اشتراك مساعی آمرین برنامه ساز در پروسه جمع آوری و توحید ارقام این اطمینان را بپیان می آورد که ایشان معنی و مفهوم ارقام را درک میکنند و به آن ارزش مناسب را قایل می شوند. به ارتباط ارایه ارقام باید گفت کسان که در تحلیل ارقام سر و کار دارند باید ارقامی را که در بین راپور نهایی جاه داده می شود باید بصورت انتخابی برگزینند این انتخاب ارقام بر مبنای اهداف اصلی این سروی صورت بگیرد.

#### تهیه راپور مقدماتی

تیم مرور يك راپور مقدماتی به اسرع وقت تهیه میدارد. این راپور ها مشتمل بر خلاصه ارقام خلاصه ساز و نتیجه گیری هائی باشد. علاوهً لست سفارشات مهم که در قسمت اول جای داده شود در راپور نهایی نیز شامل می باشد.

استدلال و معقولیت هریک از سفارشات در حمایت از نتیجه گیری ها در متن راپور مورد بحث قرار خواهد گرفت این ارقام به شکل واضح وقابل فهم باید ارایه گردد.

### تهیه يك پلان عمل

یکی از نتایج ها شایان توجه در چنین مرور عبارت از طرح يك پلان عمل جهت تعمیل و تطبیق راه های حل کوتاه مدت میباشد. این پلان ممکن توسط کمیته فنی ویا کمیته رهبری (Steerning) تهیه شده میتواند. درین مورد باید متذکر شد که مجلس مامورین عالی رتبه به غرض تجدید نظر بعدی با این امیدواری دایر میگردد که پلان عمل را مورد تأیید قرار بدهد. يك طرح یا جهت ارایه پلان عملیاتی ذیلاً تقدیم شده امید که از آن استفاده بعمل آمده بتواند.

اهداف عمومی	اهداف خصوصی	پرابلم	راه حل پیشنهادی	منابع تخمینی	افراد که اقدام	تاریخ
				مورد ضرورت	عمل میکند	شروع/ختم

در تعین تقسیم اوقات جهت تطبیق سفارشات اسباب بالقوهء تأخیر در اجراءات مثلاً تغییرات ضرورت در قانون گذاری نیز باید در نظر گرفته شود. تعین اوقات در اجراءات که توسط سایر سکتورها صورت می گیرد ولوکه بصورت تخمینی هم باشد اما مفید پنداشته می شود. این گونه پلان ها در دوره های معین پنج ساله مثلاً در مورد انکشاف قوای بشری انکشاف نصاب تعلیمی و در طرح پیشنهاد جهت جلب کمک های خارجی طرح و مورد تطبیق گرفته می تواند.

### ارایه و مباحثات روی نتایج ابتدایی و سفارشات

تمام نتایج حاصله از مرور و تجدید نظر باید قبل از انحلال و از بین بردن تیم های سروی به مقامات عالی رتبه تصمیم گیری ارایه گردد. تاریخ تدویر جلسات رسمی که در آن نتایج راپور به مقامات متذکره مورد بحث قرار می گیرد باید در مرحله پلان گذاری تعیین گردیده تا در آن سفارشات وپلان عملیاتی پیشنهادی مورد بحث و تعمق همه جانبه قرار بگیرد.



## تهیه و ارایه راپور نهایی

این راپور در هفته های بعد از ختم ویزیت های ساحوی تهیه شده و لازم نیست تمام اعضای تیم تا آن وقت به انتظار نگهداشته شوند. چیزیکه در اینجا از همه بیشتر قابل اهمیت وانمود میشود همانا تهیه راپور رسمی بغرض تهیه يك وسیله برای آنهایی که مسؤول تطبیق سفارشات هستند، میباشد. این مرور تا که به شکل يك سند نهایی برای تمام جوانب علاقمند قابل توزیع نشود تکمیل یافته، پنداشته نمی شود. البته يك نفر از افراد به اینکار موظف ساخته میشود تا اطمینان حاصل نماید که اسناد همه توزیع یافته است.

### استراتیژی راپور

مقصد و مرام از مرور عبارت از بررسی پالیسی يك مملکت به ارتباط تطبیق مراقبت صحتی اولیه بوده که بکدام وسعت و پیمانته این پالیسی ها مورد تطبیق قرار گرفته و استراتیژی های آن در عمل پیاده شده است. بنابراین راپور اولاً به درجه اجراءات عطف توجه نموده تا معلوم شود که این پالیسی ها و استراتیژی تا چه اندازه در عمل پیاده شده است. حالات که باعث مساعدت پیشرفت پروگرام و پرابلم های که در برابر آن قرار دارد. معین و مشخص شود. مقصد ثانی آن که شاید از همه بیشتر مهمتر باشد همانا بررسی مناسب و مفیدیت این استراتیژی و پالیسی در روشنی وقایع که در سال های اخیر بوقوع پیوسته و مطالب که در آینده قابل پیش بینی بوده که احتمالاً بوقوع پیوند، میباشد. این راپورنه تنها تأثیرات صحتی در پروگرام های انکشافی قبلی را انعکاس باید بدهد بلکه بر علاوه تأثیرات بعدی پالیسی موجوده را نیز باید انعکاس بدهد.

در راپور بررسی دست آوردها و یا ناامیدی ها (ناکامی ها) در جریان چند سال گذشته باید صورت گرفته ارقام در ساحات کلیدی مانند متابع مختلفه برای اجرای این کار باید جمع آوری شود. برای نیل به این مرام تحلیل گران ارقام باید ارقام مهم را از ارقام عادی و معمولی با نظر داشت اهداف اولی باید از هم جدا بسازند. محض معلومات حایز اهمیت در راپور نهایی جاه داده شود. اساس پیش بینی نیازمندی ثابت نبوده و معمولاً روی يك سلسله تخمین ها صورت می گیرد که درین صورت امکان انتخاب طرف علی البدل را نیز باید در نظر داشت.

حجم راپورهای مرور مراقبت های صحتی اولیه يك موضوع مهم بوده زیرا در اینجا هر دو مطلب یعنی مغلفیت سیستم صحتی و پیمانته بررسی مراقبت های صحتی اولیه از يك مملکت تا مملکت دیگر فرق مینماید چون تهیه يك رهنمود واحد بررسی ممکن نیست بنابراین راپور برای پالیسی سازهای ملی در نظر گرفته شده پس باید مؤجز بوده و پیغام های باید بشکل ساده و صاف انتقال یافته و بصورت متبازر جلب نظر آنها را نموده بتوانند يك لست ساده محتوی راپور در جدول ۶ ارایه گردیده است.

پیشنهادات در مورد تحلیل و ارایه ارقام :

\* نتایج این مرور به ارتباط سویه های اداری (مرکزی، ولایتی، ولسوالی) از نگاه پالیسی پلان گذاری سازمان دهی و تمویل در پروگرام های مختلفه مثلاً حمایه طفل و مادرملاریا وغیره ترتیب وعرضه شود.

\* هنگامیکه جدول بندی ارقام ابتدایی به تفکیک سویه های اداری مورد ضرورت بود آن ارایه از همه بیشتر آسان تر میباشد. اما بخاطر باید باشد که در تحت اینگونه شرایط روابط مهم بین حادثات مرتبط به هم در داخل و يك از پورگرام ها در سویه های مختلف شان از نظر نیافتد.

\* تحلیل گران در این مرور در تعیین مطالب که در متن راپور گنجانیده باید انتخابی باشند هر نوع ارقام باید از نگاه اهداف اولی آن مورد قضاوت قرار بگیرد.

\* ارقام از نگاه ساحات که مستلزم اتخاذ تدابیر اصلا صحتی است و آنهای که نیستند قضاوت می شود. مثال، اگر ۹۵ فیصد مراکز صحتی در هر يك از ولایات پلان کار خود را تکمیل نموده باشد در ینصورت از نگاه احصایوی بصورت مناسبت چنین گفته شده می تواند که کلیه مرکز صحتی تقریباً پلان عملی حوزه تکمیل نموده اند. در عوض در راپور توجه به معارات ممیزه که هر يك ازین پلان ها بکدام سطح مورد تطبیق قرار گرفته می توانند میذول داشته شود.

## جدول ۶- لیست نمونه‌ی محتوی راپور مرور مراقبت های صحی اولیه

خلاصه اجرايوي (نتایج عمده و سفارشات)

### ۱- قسمت اول - مقدمه

سوابق  
اهداف مرور  
پروسس مرور (خلاصه متود تحقیق)

### ۲- قسمت ۲- نتایج بررسی

پالیسی و استراتیژی  
پالیسی موجوده  
استراک مساعی جمعیت  
سایر سکتورهای مربوط به صحت  
تحلیل منابع  
منابع انسانی  
تسهیلات فیزیکی  
بودجه

منجمنت و فعالیت های حمایتی :  
سازمان دهی و منجمنت  
سیستم اطلاعات صحی  
لوجستک و ترانسپورت

ارکان مراقبت های صحی اولیه - معافیت، کنترول امراض حمایه طفل و مادر.

### قسمت ۳- نتیجه گیری و سفارشات و ضمایم

- ۱- تفصیل دیزاین های نمونوی و متود اخذ آن به شمول مثال پرسشنامه
- ۲- لیست محلات که سروی شده
- ۳- اعضای تیم های سروی و مصاحبه کننده
- ۴- تفصیل موضوعات (بصورت جدول) از مطالب که در متن ادامه نشده است.
- ۵- خلاصه از غلطی های ستاندرد (Standar error) تخمین های مهم سروی که در متن راپور گنجانیده نشده است.

\* تا جائیکه ممکن است طرز ارایه ارقام در سراسر راپور متحداً باشد مثلاً اگر قرار باشد که معلومات به تفکیک ولایت در جدول ارایه شود. وگر اینکه برای تغیر آن نزد تان ارایه دلیل واضح باشد تا آنرا به نحو دیگر ترتیب بدهید به عین شان عمل درج معلومات راجع حجم سمپل و ارقام مطلقه و یا فیصدی ها ارقام جداول از عین خانه جدول در نظر گرفته شود.

\* در متن راپور حجم جداول باید محدود فاصله معین ارقام مندرج آن بنرخس سهولت در خواندن باقی باشد. بصورت عمومی جداول باید بیشتر از هفت ستون نداشته باشد مرجع اینست تا يك تعداد محدود ارقام جهت نمایش يك نتیجه گری خاص و پر اهمیت انتخاب شود. هیچگاه تمام معلومات حاصله را در متن راپور ها داخل نکنید البته این موضوع از مسؤولیت تیم تحلیل گران است تا مهمترین ارقام سری را انتخاب نمایند. البته تفصیل مطالب در داخل ضمائم نیز گنجانیده شده می تواند.

\* گراف اشکال در جای که لازم باشد گنجانیده شود. در اغلب اوقات معلومات ببیشتر در گراف ها نظر به جداول ارایه داده می تواند زیرابه سهولت قابل فهم و درک میباشد.

\* هر گاه يك تعداد كم ارقام مطالب و مهم را ارایه کرده بتواند از آن در متن راپور بدون آنكه تمام ارقام را جداول ارایه نماید نیز استفاده شده می توانند. اگر احياناً تمام مجموعه ارقام در بیان يك موضوع حتمی و ضروری باشد پس درین صورت بهتر است كه آن را در جدول داخل بسازیم نه در متن راپور. درینصورت بعضی یادداشت های توضیح کننده در تحت جدول باید نیز ارایه شود تا خواننده به سهولت به آن رجوع نموده بتواند. ارقام كه در متن آمده ضرورت به تكرار در ضمائم ندارد. بهر صورت به ارتباط هر موضوع در متن راپور به ضمائم باید اشاره شود.

\* منحيث يك قاعده، كسور اعداد و فیصدی ها باید همیشه به نزدیک ترین عدد خلاصه شود مثلاً اگر ارقام مانند ۵،۴۶٪ ۵،۴۲٪ درست باشد درینصورت رقم اولی به ۵،۵٪ و رقم دومی به ۵،۴٪ خلاصه شده می تواند گویا همیشه از عدد دوم كسور صرف نظر شده و به نزدیک ترین عدد بالا یا پائین خلاصه می شود. به همین ترتیب ستاندرد اغلاط (Standard error) به عین در Preeoision (وقت) بالای همه يك سان تطبیق شود.

\* موضوع ستاندرد اغلاط صرف درمورد ارقام مهم كه در نظر گرفته میشود كه شاید ۱۰ - ۲۰٪ رادربرمیگیرد.

\* اگر به تفصیل نتایج سروی علاقمندی باشید پس درین صورت خلاصه ارقام مهم را به تفكيك هر دسته از خانه (كلستر) در ضمیمه ارایه بدارید بهر صورت بعضی از تحلیل ارقام به تفكيك كلستر نیز به مشكلات تعین وسعت معیارات کلیدی به تفكيك كلستر به منظور به ساده سازی اغلاط ستاندرد نیز صورت گرفته همه این معلومات با تفصیل دیزاین، سمپل گیری و متود سروی در ضمائم ارایه شده می تواند.

## تعقیب

کمیته کار و مسؤول بخش های دیگر باید از ریفورم که در ارتباط مرور بمیان آمده آگاهی یافته تا در پیش برد آن بصورت همه جانبی بذل مساعی و همکاری نمایند. یکی از مطالب مهم مابعد المرور (یعنی پس از مرور) که باید مورد بحث قرار بگیرد عبارت از پلان واریسی تدابیر و عملیه های سفارش شده مرور میباشد. پروگرام تعقیب توسط تشکیل جلسات بصورت دوری اعضای کمیته کار و تمام کسان که در مباحث مرور اشتراک نموده بودند، باید صورت بگیرد. سیستم سرویلانس. سیستم گر و باید بهبود یافته و باید ارقام حاصله در اثنای مرور بصورت منظم تحت واریسی قرار بدهید.

خلاصه اجرایی مرور مراقبت های صحی اولیه باید به پیمانیه وسیع به همه توزیع بیابد مخصوصاً به آن های سروی اشتراک عمل داشتند.

مکلفیت نهایی تیم مرور اینست تا یک تاریخ دیگر را جهت اجرای مجدد این مرور تعیین نماید.

## ۴- خلاصه سلسله مور مراقبت‌های

### صحی اولیه پلان گذاری

#### الف اداری:

اُتخاذ تصمیم بغرض اجرای مرور

تعین مسؤولیت مرور

شناسایی ادارات ذیدخل سهم گیرند

انتظام تقسیم اوقات

حصول منابع مالی

#### تشکیل تیم مرور

#### اتخاذ تدابیر لجستگي برای آغاز کار تیم مرور

#### ب بکینکی:

تجدید نظر پالیسی و پلان های موجوده در مراقبت

های صحی

- بازنگری بد اطلاعات موجوده

- تعین اهداف تفصیلی مرور.

- تعین معلومات اضافی مورد ضرورت

- تعین سوبه های صحی و اجتماعی که از آن

ارقام باید جمع آوری شود.

- دیزاین طرز العمل نمونه گیری

- دیزاین پرسشنامه سروی و متود تحلیل

- آزمایش ساحوی پرسشنامه

#### -تربیه تیم های سروی.

اتخاذ تدابیر لازمه لجستگي برای جمع آوری

ارقام: تعین تاریخ سروی، تعین تیم های سروی،

تدویر مرور پروگرام تربیوی. تهیه و تدارك سامان

و لوازم، توظیف امور تحلیلی و راپور نو پیسی و

اتخاذ تصمیم در مودر متن و راپور نهایی.

### جمع ارقام در ساحه

در ویزیت های ساحوی کیفیت کار تیم های سروی را نظارت کنید. همچنان تحلیل مقدماتی ساحوی را اجرا بدارید.

### ترکیب ارقام

#### تجلیل ارقام

تهیه راپور مقدماتی به شمول خلاصه ارقام نتایج و سفارشات آن طرح پلان عملیاتی برای دریافت راه حل  
ارایه راپور مقدماتی به پالیسی سازها (مجالس مابعد المرور)

### تهیه راپور نهایی :

#### تعقیب کار :

- توزیع خلاصه اجرايوي مخصوصاً درجاهاى كه سروى شده است.
- وارسى فعاليت هاى رویدست گرفته شده (سفارشات)
- تعیین تاریخ دیگر مرور بعدی مراقبت های صحی اولیه

## بخش دوم

سویه ملی

## مقدمه

در سویه ملی مرور مراقبت های صحی اولیه از همه اولتر شامل جمع آوری مطالعه ارقام دست داشته قبل از جمع آوری ارقام ساحوی میباشد. جهت تکمیل مرحله آمادگی باید دو نوع معلومات جمع آوری و تحلیل گردد: اولی آن عبارت از ارقام کمی (quantitative) بوده که باید بصورت جداول و گراف ها نمایش داده شود. این نوع ارقام برای مقاصد تحلیل احصایوی خیلی مناسب بوده و به سهولت به اطلاع و آگاهی افراد علاقمند رسانیده شد می تواند. اما بهر حال این ارقام شاید در اکثر موارد به آن سویه موجود نباشد تا به سوالات که مرور مطرح بحث قرار میدهد پاسخ بدهد، و حتی آن ارقام در دست رس قرار دارد از کیفیت خوب بر خوردار نبوده که بدرد بخور حساب شود.

به غرض تحقیق و تدقیق پرابلم های پلان کذاری و تطبیق پروگرام های صحی اولاً با افراد که از همه بیشتر به اوضاع تسلط بوده باید مصاحبه نمود. البته ارقام کیفی (Subjective) که ازینگونه افراد بدست می آید شاید از نگاه تحلیل خیلی مفید باشد. اما بهر حال چون کدام علی البدل دیگر وجود ندارد. ناگزیر از آن باید استفاده نمود یا اجرای يك مصاحبه که معلومات مطلوب را بدست آورده میتواند يك هنر میباشد. ازینرو اولاً در مورد هر سوال سلسله مراتب آن باید عمیقاً فکر شود. و بعداً نحوه طرح سوال از اهمیت خیلی زیاد برخوردار بوده تا اینکه به سادگی جوابات مطلوب از طرف مقابل بدست بیاید. چون ارقام کمی و معلومات Subjective از منابع مختلفه حاصل می شود بنابراین منابع آن باید یادداشت شود. تا در صورت ضرورت به آن مراجعه دوباره شده بتواند. علاوئاً اسناد اولی که از آن این ارقام استخراج گردیده باید در دست رس قرار داشته تا در صورت لزوم تمام اعضای تیم مرور از آن استفاده نموده بتوانند. اگر یکی از ارکان مراقبت های صحی اولیه مثلاً واکسیناسیون در اواخر نزدیک ارزیابی شده باشد درینصورت ضرور نیست آن را دوباره شامل مطالعه تفصیلی مراقبت های صحی اولیه نمود. در عوض اگر در جریان ارزیابی در مورد پروگرام واکسیناسیون سفارشات ارایه شده باشد درین صورت تیم مرور آنرا تحت بررسی قرار داده تا معلوم شد که این سفارشات تا چه اندازه مورد تطبیق قرار گرفته است. اگر بعضی ویا يك تعداد ازین سفارشات عملی نشده باشد دلایل آن مورد بحث قرار گرفته و در مورد تغییر ویا تعدیل سفارشات پیشنهادات جداگانه ارایه شود.



این قسمت مرور اصولاً توسط افراد که مسئول سازمان دهی مجموع پروسه مرور میباشند پیش برده شده و قبل از تجمع اعضای تیم اجرا می شود. به منظور مرور مراقبت های صحتی اولیه يك مقدار زیاد معلومات باید جمع اوری شده و تحت بررسی قرار بگیرد ازینرو برای اینکار اختصاص وقت کافی ضروری میباشد برای اجرای آن اقلاً يك شخص به شکل همه وقته مؤظف اجرای آن باید شود. نتیجه این مرحله راپوری است که بر مبنای معلومات دست داشته وضع سیستم مراقبت های صحتی اولیه ویک سلسله سفارشات در مورد بعضی موضوعات خاص تهیه گردیده است.

## ۱- دور نمای معلومات

حصول معلومات به غرض رهنمایی اعضای تیم و سایر افرادی که در شرایط اجتماعی دموگرافیک و خصوصیات اداری و معیارات صحی ضروری آشنایی نداشته باشند، خیلی ضروری پنداشته می شود. برای اینکار نتایج مرور های قبلی مراقبت های صحی اولیه باید به تفصیل تحت مطالعه قرار بگیرد. ارقام و معلومات به غرض مشخص ساختن میلان و تغییرات سالانه درامی چند سال اخیر اگر موجود باشد، باید جدول بندی شود. آرایه گرافیک ارقام همیشه کار مفید بوده زیرا چندین معیار صحی در عین گراف شامل ساخته شده می تواند. لکن در هر صورت گراف ها باید بشکل ساده ترتیب شود تا به سهولت تغییر و تغییر شده بتواند. منابع تمام ارقام باید در پاورقی صفحه تذکر داده شود. به غرض تشخیص پرابلم گروپ های معروض به خطر و یا آنهای که دست رسی کمتر به خدمات صحی دارند باید ارقام منطقوی و حتی ولایتی ضروری میباشد.

### ادارات صحی و اداری :

در نقشه های جغرافیایی ساحات که تحت مطالعات و سروی قرار می گیرد باید نشانی شده به دست رس ادارات صحی و اداری گذاشته شود.

### نفوس

در يك جدول نفوس عمومی مملکت و نفوس مناطق مختلفه برای سروی باید تهیه شود. همچنان ترتیب هرم نفوس بغرض نمایش توزیع گروپ های سنین به تفریق جنس خیلی مهم میباشد (شکل-۱) بر علاوه گروپ های سنین به تفریق ولایت و ولسوالی استفاده شده همزمان به آن بغرض مقایسه تسهیلات صحی در سویه های ولایتی جدول های خاص ترتیب شود. ارقام سر شماری نفوس در دفاتر احصایه مرکزی اکثراً موجود میباشد.

## شکل اول هرم

شکل - ۱ : نمونه هرم نفوس (شانگهای، چین)

### معیارات صحی

اگر درین مطالعه از معیارات استراتیژی صحی ملی به غرض تحقق صحت برای همه استفاده شده بتواند، بهتر خواهد بود. اما از معیارات دیگری که بحال و شرایط این مطالعه مناسب باشد نیز استفاده بعمل آمده می تواند. (جدول ۷) در جمع آوری این مطلب مهم است تا میلان ارزش های ولایتی یا منطقوی در آن انعکاس یافته بتواند (جدول - ۸) البته تفاوت های که در بین مناطق در جریان مطالعه به مشاهده می رسد نیز مورد بررسی و مطالعه قرار میگیرد. مثلاً اگر کدام تفاوت متبازز درین میزان وفیات اطفال بین دو منطقه دهاتی و شهری بملاحظه رسید درین صورت آنرا تحت مطالعه قرار گرفته و روی آن تعمق و تفکر شود.

### سفارت مطالعه قبلی مراقبت های صحی اولیه

اگر قبلاً روی وضع مراقبت های صحی اولیه کدام مطالعه صورت گرفته باشد يك راپور خلص حاوی سفارشات عمده آن ترتیب گردد. این راپور همچنان آن سفارشات را مورد تعقیب قرار داده و آنهایی را که اجرا نشده مطالعه مینماید. علاوه بر جلسہ مشترك با اعضای تیم مطالعاتی قبلی روی عوامل مختلفه بحث نموده چرا بعضی از سفارشات عملی و برخی دیگر غیر عملی باقی مانده است. این روش تیم مطالعاتی موجوده را از تکرار سفارشات که جنبه عملی آن کمتر است به حضر میدارد.

جدول -۷- مثال معیارات صحتی ملی

معیارات	سال ها ۱۹۰۰	۱۹۰۰	۱۹۰۰	۱۹۰۰
میزان وفيات عمومی میزان تولدات میزان وفيات اطفال میزان وفيات ۱ - ۴ ساله میزان وفيات مادران درجه سواد: - مردان - زنان				

جدول- ۸

مقایسه معیارات صحتی منطقوی وولایتی

منطقه یا ولایت	میزان ناخالص تولدات		میزان ناخالص وفيات		وفيات اطفال کمتر از يك ساله	
	شهری	دهاتی	شهری	دهاتی	شهری	دهاتی
A						
B						
C						
D						
E						
وغيره						

#### رویداد های مهم در تطبیق مراقبت های صحتی اولیه

به غرض تکمیل مطالعات دورنمایی مراقبت های صحتی اولیه نمایش بعضی از رویدادهای مهم در انکشاف سیستم مراقبت های صحتی خیلی مهم و ضروري میباشد مثال اینگونه رویدادها عبارتند از: تشکیل يك شورای صحتی ملی و تشکیل کمیته صحتی بین سکتوری، توجیهه اعضای پارلمان، تعدیل تشکیلات وزارت صحت عامه، تطبیق روحیه عدم تمرکز، تغییرات در قانون گذاری، تعدیلات در نصاب تغییرات در تعلیمات نرسنگ و غیره و غیره مثلاً تأسیس کادرهای صحتی کارگران صحتی جمعیت و غیره میباشد.

## ۲- پالیسی صحی، تشکیلات و منابع

برای تیم صحی مسؤول، بررسی مناسبت پالیسی و موثریت تشکیلات صحی و منابع صحی در تطبیق مراقبت های صحی اولیه به سویه ملی ضروری میباشد. علاوهً بعضی از پرابلم ها و مشکلات که مانع تطبیق مراقبت های صحی اولیه میشود، باید شناسایی نمایید. منابع عمده اینگونه معلومات عبارت از دفاتر آمرین باصلاحیت تصمیم گیری مثلاً معین وزارت و رئیس امور صحی وزارت صحت عامه و مدیران عمومی پلان و برنامه ریزی در سایر وزارت های خانه های سکتوری میباشد. تیم مطالعاتی معلومات مورد نظر خود را از طریق مصاحبه و مطالعه اسناد بدست می آورد.

### پالیسی صحی ملی

در ابتدا بعد از تعین پالیسی ملی صحی مطالب که عبارت از موجودیت کمیته صحی ملی برای طرح پالیسی، ترتیب اعضای آن و طبیعت عوامل عمده، مثلاً عوامل اپیدمیالوجیک، گروپ های فرعی نفوس معروض بخطر و عدم تساوی در دست رسی به عرضه خدمات صحی در نظر گر می شود. تیم مطالعاتی همچنان سعی نماید تا رهنمود های پالیسی اگر کدام اسناد رسمی و یا قانونی وجود داشته باشد آنرا دریافت نماید و اینکه درمرد مطالب زیر کدام پالیسی ملی وجود دارد:

\* مساوات در عرضه خدمات (دست رسی عمومی به خدمات صحی به اساس نیازمندی)

\* پوشش خدمات صحی

\* وقایه صحت و تقویت صحت خوب

\* فعالیت های چندین سکتوری به ارتباط صحت

\* پالیسی عدم تمرکز اداره پروگرام های صحی

\* تقویه خدمات زیربنایی

\* اشتراك مساعی جمعیت

## سهم گیری سایر سکتور در صحت

پالیسی و پروگرامهای يك تعداد سکتور ها از قبیل زراعت، تعلیم و تربیه، اطلاعات و کلتور به مثابه رکن عمده پروسه انکشاف عمومی بالای صحت مردم تأثیر به سزایی دارد. این پالیسی شاید کدام اهداف خصوصی صحت نداشته باشد. معهذا دارای تأثیرات در وضع سطح صحت مردم باشد که شاید سکتور صحت به تنهایی خود نداشته باشد. بصورت مثال استراتیژی ملی مجادله علیه غربت بالای صنعتی شدن، شهر سازی، بهبود سطح سواد آموزی زنان، بلند بردن سطح استخدام روستایی و کنترل قیم مواد غذایی تاکید می ورزد. که هیچگونه ربط مستقیم به سکتور صحت عامه ندارد اما طوریکه هویدا است بالای سویه صحت مردم تأثیرات اجتناب ناپذیر مثبت ویا منفی رادارد.

درین مورد چنین سفارش شده که جواب این سوال بغرض حصول معلومات ضروری از سایر سکتور ها جمع آوری شود. همچنان اسم و موقف رسمی افرادی را که درین قسمت با شما همکاری میکند یادداشت کنید.

\* آیا شما از اهداف جهانی صحت برای همه تا سال ۲۰۰۰ اطلاع و آگاهی دارید؟ اگر پاسخ بلی باشد سهم سکتور شما در جهت دستیابی به این اهداف چه خواهد بود؟ مثلاً آیا کدام پروگرام درین مورد انکشاف یافته است (توضیح بدهید که این پروگرام چه بوده و برای کیست) آیا این مساعی يك توجیهه مجدد ویا تقویه ارکان موجوده پروگرام میباشد؟ اگر چنین نباشد آیا سکتور مربوط شما کدام سهمی در جهت بهبود وضع صحت نفوس گرفته است؟ (اگر جواب بلی باشد پس توضیح بدهید).

\* آیا در مرحله پلان گزاری سکتور مربوط خود جوانب صحتی آنرا نیز در نظر می گیرد؟ (اگر چنین باشد پس با يك مثال آنرا توضیح بدهید) آیا در جریان پلان گذاری شما مشورت های از مقامات صحتی تقاضا نموده اید؟

اگر چنین كمك را تقاضا نموده بودید آیا به اخذ آن نایل آمده اید؟ اگر جواب بلی باشد آیا کدام مثال واقعی داده می توانید و نیز بگویید که آنرا از کجا دریافت نموده اید؟

\* اگر شما از وزارت صحت عامه كمك نگرفته اید (و یا نمی گیرید) دلیل آن چیست؟ (شاید يك دلیل موجود باشد که این پروگرام دارای تأثیرات صحتی نبوده و یا از وزارت صحت عامه صرف وقت تقاضای كمك شود که پروگرام با سوال با پرابلم طبی مواجه شده باشد)

\* آیا کدام سفارش برای ایجاد روابط ویا بهبود ارتباطات با وزارت صحت عامه دارید؟ اگر جواب بلی باشد در کدام ساحه و در جریان کدام مرحله پلان گذاری (در سکتور معینه شما) خواهد بود؟ آیا شما عقیده دارید که وزارت صحت عامه به اهداف پلان های سکتوری شما كمك کرده می تواند؟ اگر جواب بلی باشد لطفاً توضیح بدارید.

سوالات اضافی به ارتباط مسایل صحتی در سایر سکتور مطرح شده و ویزیت های ترتیب شود تا جوابات آنرا بدست آورد. البته پاسخ این سوالات اکثراً از پالیسی سازهای مربوطه اخذ می گردد.

موضوعات مورد بحث و علاقه قرارذیل خواهد بود.

## وزارت تعلیم و تربیه

بصورت عمومی تعلیم و تربیه در ساحات زیر دارای اهداف صحی میباشد:

- ۱- تعلیم و تربیه صحی به صفت يك مضمون در مكاتب.
  - ۲- عرضه خدمات صحی در مكاتب. توزیع غذای رایگان وغیره.
  - ۳- محیط مكتب به صفت يك محیط صحی از نگاه تهیه آب وحفظ الصحه.
  - ۴- عطف توجه به گروه های خاص نفوس مخصوصاً به دسته های افراد آسیب پذیر.
- برای تحلیل رول سكتور تعلیم و تربیه شما شاید علاقمند به ارایه سوالات زیر خواهید شد:

\* آیا شما کدام عنوان خاص اطلاعات صحی / تعلیم و تربیه صحی در نصاب درسی مكاتب خود دارید؟  
آیا این مطالب به اولویت های صحی مملکتی در توافق قرار دارد؟ (اگر جواب بلی باشد پس آنرا توضیح بدهید) آیا وزارت صحت عامه شما در انكشاف مفردات درسی تعلیمات صحی كمك نموده است؟ آیا کدام پروگرام تربیوي معلمین در تعلیمات صحی بوده است؟

\* در مكاتب شما کدام ستاندرد صحت محیطی تأمین شده است؟ مثلاً تهیه آب مشروب صحی ویا تعمیر بیت الخلاء های صحی؟ آیا کدام نوع خدمات صحی برای مكاتب خود عرضه میدارید؟ مثلاً معافیت، غذای نیمه روزه برای اطفال تعلیم و تربیه در كمك های اولیه، تربیه در امور بدنی، معاینات صحی دوری بغرض كشف معیوبیت ها وغیره؟ آیا در موارد فوق الذکر کدام فورم و ستاندرد وجود دارد؟ آیا این نورم ها توسط کدام كسان كار انداخته شده؟ آیا توسط وزارت تعلیم و تربیه یا به همکاری مشترك وزارت خانه های تعلیم و تربیه و وزارت صحت عامه ویا به تنهایی توسط وزارت صحت عامه؟

## وزارت زراعت

وزارت زراعت نیز دارای تأثیرات منفی و مثبت بالای صحت میباشد مثلاً توسعه پروژه های زراعتی سطح استخدام را بالا برده عاید را افزایش داده و امکانات عرضه مواد خوراكه تغذی را بیشتر ساخته كه این همه تأثیرات مثبت پروژه های زراعتی میباشد. در عین زمان تأثیرات منفی ناشی از پروژه های زراعتی نیز موجود بوده میتواند مثلاً استفاده از مواد كیمیای حشره كش سوالات زیر در مورد پروژه زراعت اكثرأ مورد پرسش قرار می گیرد:

\* آیا سو تغذی یکی از اولویت های صحی در مملكت میباشد؟ اگر جواب بلی باشد کدام دسته از مردم بیشتر از همه متأثر شده و در كجا زندگی میدارند؟ آیا سكتور مربوط شما تدابیر خاص را در جهت

حل این پرابلم ها روی دست گرفته است؟ (اگر جواب بلی باشد توضیح بدهید) آیا شما کدام فعالیت خصوصی در جهت نیل به کدام اهداف خصوصی اتارگیت) رویدست دارید؟ (اگر جواب بلی باشد پس توضیح بدهید) آیا این فعالیت تنها توسط وزارت زراعت پیش برده می شود؟ اگر جواب نه باشد پس کدام وزارت خانه و یا سکتور در پیش برد کدام فعالیت با شما همکاری مینماید؟

\* آیا شما کارگران را در ساحه صحت تربیه میدارید؟ (اگر جواب بلی باشد پس ساحه فعالیت آنها را توضیح بدارید؟ آیا پالیسی شما در قسمت توسعه حاصلات زراعتی چیست؟ توسعه حاصلات قابل فروش و یا حاصلات که به صفت غذای روزمره از آن استفاده بعمل آید. آیا در مملکت کدام پالیسی قیمت گذاری مواد خوراکه موجود است؟ آیا کدام پروگرام در جهت توسعه استفاده از مواد حشره کش موجود است؟ اگر جواب بلی باشد چطور آنها تحت کنترل آورده اید؟ آیا پروژه های آبیاری برای بعضی قسمت انکشاف یافته است؟ اگر جواب بلی باشد پس با تأثیرات صحی آن چطور معامله و برخورد صورت گرفته است؟

#### وزارت خانه های صنایع مسکن و محیط :

سکتورهای که با مسایل محیط زندگی سر و کار دارند مثال دیگرست که درین مطالعه باید مورد غور و بحث قرار بگیرد. بعضی سوالات که از مسؤولین آن پرسان شود به قرار ذیل ترتیب شده است:

\* آیا قوانین صحی در مورد منابع که باعث ملوثات محیطی می شود وجود دارد؟ (اگر جواب بلی باشد پس توضیح بدهید) آیا کدام سیستم سرویلانس برای ملوثات محیطی وجود دارد؟ اگر جواب بلی باشد توضیح بدهید) آیا قوانین صحی برای کارگران صنایع وجود دارد؟ آیا برای فامیل نادار پروگرام خاص خانه سازی وجود دارد؟ آیا کمک هزینه اقتصادی برای مردمان نادار وجود دارد تا ایشان خانه سازی نمایند؟ آیا شما و وزارت صحت عامه روی موضوعات فوق باهم مشورت مینمایید؟ آیا شما با وزارت های دیگر درین زمینه همکاری دارید؟ اگر چنین باشد پس باکی و چطور؟



## وزارت اطلاعات و کلتور :

اگر قرار بر این باشد که از توانایی های این وزارت بصورت موثر استفاده بعمل بیاید پس باید این وزارت خانه يك نقش عمده و قوی در راه حل پرابلم های صحتی بازی نماید.

به غرض تحلیل وضع فعلی سوالات زیر باید پرسان شود:

\* پرابلم های عمده، مملکت کدام است؟ کدام گروپ ها بیشتر از آن متأثر شده اند (گروپ سنین، منطقه جغرافیایی، شهری)؟ آیا شما پروگرام را جهت بلند سطح آگاهی مردم طرح نموده اید؟ اگر چنین شده باشد آیا کدام مثال بالخصوص از قبیل استفاده از وسایل ارتباطات جمعی برای گروپ های معین نفوس داده می توانید؟

کدام پروگرام نشراتی صحتی در رادیو و یا تلویزیون دارید؟ اگر چنین باشد در شش ماه گذشته کدام مطالب را شما پخش نموده اید؟ چند مرتبه؟ در نشر و پخش آن کدام منابع؟ (وزارت صحت عامه پوهنتون ویا سازمان های ریسرچ) شما را کمک نموده است؟ در مورد بلند بردن سطح آگاهی پرابلم های صحتی و طرق وقایه آن از طریق اطلاعات جمعی شما پیشنهادات دارید؟

موضوع دیگر که باید بررسی شود اینست که آیا در سویه مرکزی کدام میکانیزم / بغرض انسجام و هم آهنگی وجود داشته؟ در هنگام طرح پالیسی و تنظیم پلان های ایشان مطالب صحتی را به اطلاع ایشان برساند؟ برای مثال وزارت پلان به غرض تنظیم و انسجام وجود دارد؟ آیا در هر چند وقت باید باهم ملاقات نمایند؟ آیا در پلان های خود مطالب صحتی را در نظر گرفته اند؟ آیا کدام میکانیزم همکاری بین سکتوری در ساحه صحت وجود دارد؟ آیا سازمان های دائمی انسجام دهنده در سویه های منطقوی و ولایتی وجود دارد؟

## اشترك مساعی جمعیت

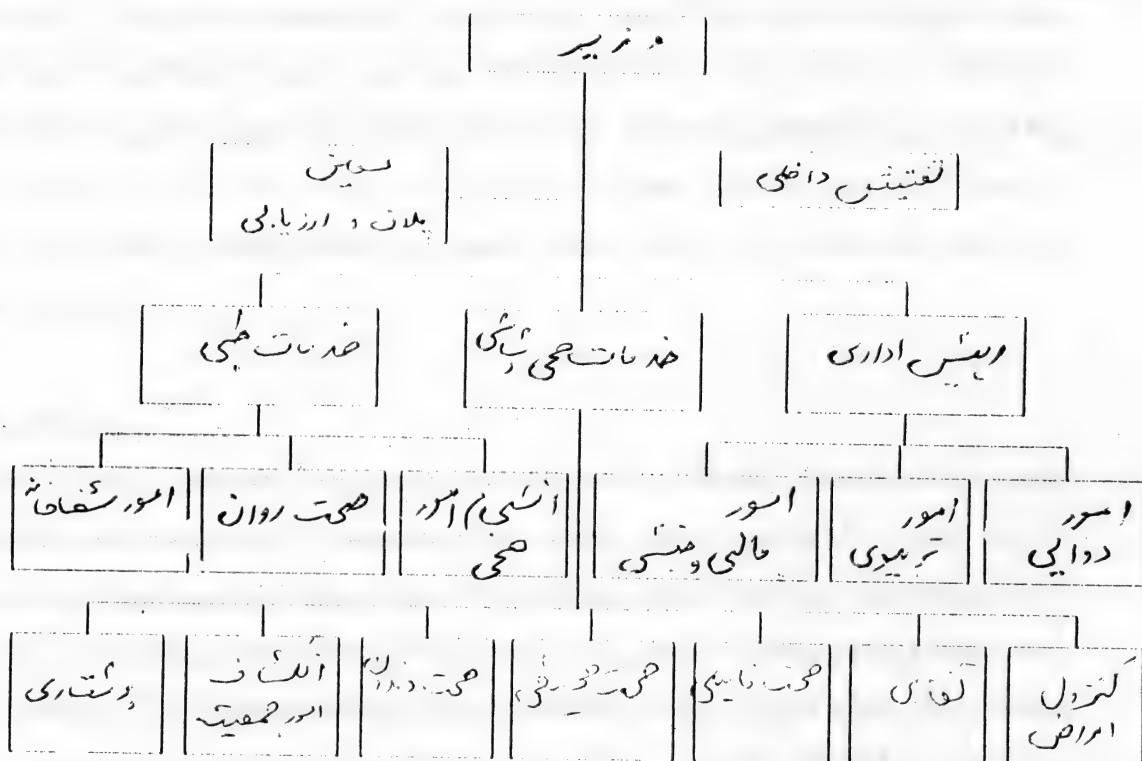
در قدم اول سعی شود تا وسعت مساعی حکومت مرکزی را در جلب همکاری مردم در طرح برنامه مراقبت های صحتی اولیه و پیمانانه تطبیق آن مشخص بسازید. کدام پالیسی واستراتژی اشترك مساعی جمعیت در مورد پلان گذاري صحتی دولتی طرح و مورد تطبیق قرار گرفته است؟ آیا اولویت های صحتی مردم در جمعیت در پروگرام های صحتی ملی انعکاس یافته است؟

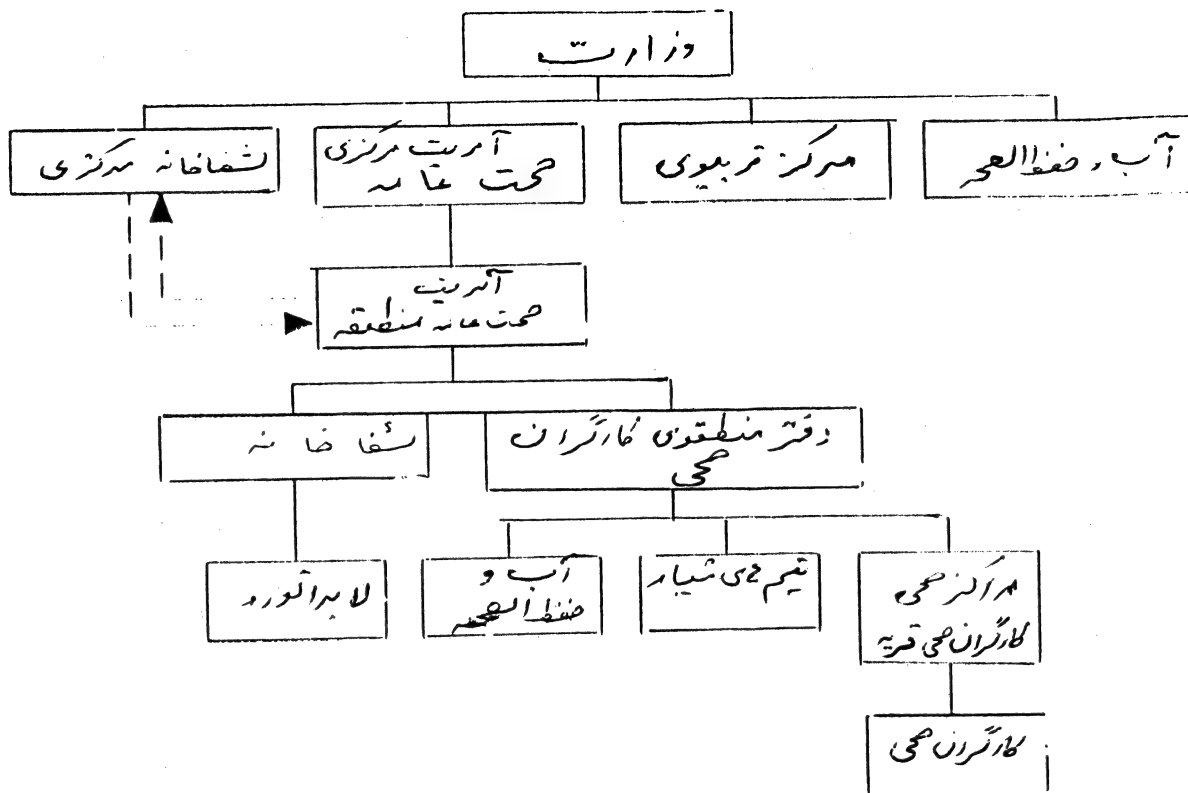
آیا مردم از طریق نمایندگانی پارلمانی خود، ارتباطات جمعی و یا اتحادیه های اختصاصی طرح پالیسی های مراقبت های اولیه را تحت تاثیر و نفوذ خود آورده می توانند؟ آیا تا حال کدام کار در جهت اخذ نظرات مردم درمسایل صحت انجام یافته است؟ وزارت صحت عامه به غرض بلند بردن سویه مسلسلی پرسونل صحتی کدام پروگرام تربیوی را تدویر نموده تا ایشان به شکل بهتر با مردم در کار وپیکار صحتی همکاری نمایند؟ این گونه معلومات از طریق بحث و مذاکره یا مامورین عالی رتبه وزارت صحت عامه وسایر سکتور های ذیدخل بدست آورده می تواند.

### ساختار تشکیلاتی

ساختار تشکیلاتی وزارت صحت از نگاه فراهم آوری سهولت در تطبیق پروگرام های مراقبت های صحتی اولیه مورد بررسی قرار بگیرد. این موضوع شامل مطالعه تشکیلات اداری در سویه مرکزی و روابط آنها با شعبات دیگر در داخل سیستم صحت عامه و علایق آن در خارج از سیستم با سایر ادارات ذیدخل سکتوری میباشد. برای انجام این کار تیم مطالعاتی باید چارت تشکیل اداری وزارت صحت عامه را بررسی نمود و ضمیمه راپور بسازد (اشغال ۲ و ۳ و مثله یک سیستم جامع صحت عامه میباشد).

شکل - ۲ - نمونه از ساختار تشکیلاتی وزارت صحت عامه





شکل ۳ - نمونه از يك سیستم خدمات صحی جامع میباشد.

آیا نقش ها و رول های اداری و مسؤولیت در سویه مرکزی و سویه ولایتی بوضاحت توضیح و مشخص گردیده است؟ آیا میخانیکیت موثر در سویه های مختلفه جهت انسجام و حمایت تکنیکی در ارتقا کیفیت مراقبت های صحی اولیه موجود است؟ آیا طرز العمل موجوده بلاغ تصامیم عمده پالیسی به سویه های اداری منطقوی یا ولسوالی قناعت بخش است؟ (پرابلم ها را مشخص ساخته و راه های حل آنرا معرفی بدارید) آیا کدام چارت تشکیلاتی جدید را جهت بهبود موثریت و کفایت اداری مراقبت های صحی اولیه پیشنهاد مینمایید؟

#### مسایل بودجودی

همچنان تیم صحی معلومات کافی درباره بودجه های عادی و انکشافی بدست آورده تا از روی آن تقابل (میلان) مصارف بودجوی را در سویه ملی ولایتی ولسوالی مورد بررسی قرار داده و ببینید که کدام تغیر مثبت در اختصاص سهمیه های بودجوی به نفع استراتیژی مراقبت های صحی اولیه موجود است یا خیر؟ درین ارتباط یکی از معیارات مهم همانا مصارف صحی منحیث فیصدی مجموع مصارف ملی میباشد مخصوصاً اگر قرار باشد بودجه صحی به نفع مردمان فقیر و نادار و گروپ های نفوس که از خدمات صحی کمتر بهره مند اند دوباره بصورت عادلانه توزیع مجدد گردد. (جدول ۹). علاوهً طرز و شیوه توزیع مجدد منابع مالی را به نفع مراقبت های صحی اولیه خصوصاً برای گروپ های آسیب پذیر مورد بررسی قرار بدهد. علاوهً تیم تدابیری را که جهت تقویت منجمنت اتخاذ نموده تحت مطالعه قرار بدهید.

جدول ۹- که مصارف بودجی ملی را در طول پنج سال گذشته نشان میدهد.

۱۹۰۰		۱۹۰۰		۱۹۰۰		۱۹۰۰		وزارت
حقیقی	کمینی	حقیقی	کمینی	حقیقی	کمینی	حقیقی	کمینی	
								صحت آموزش و پرورش دفاع زرارت اعلامات و غیره مجموع بودج

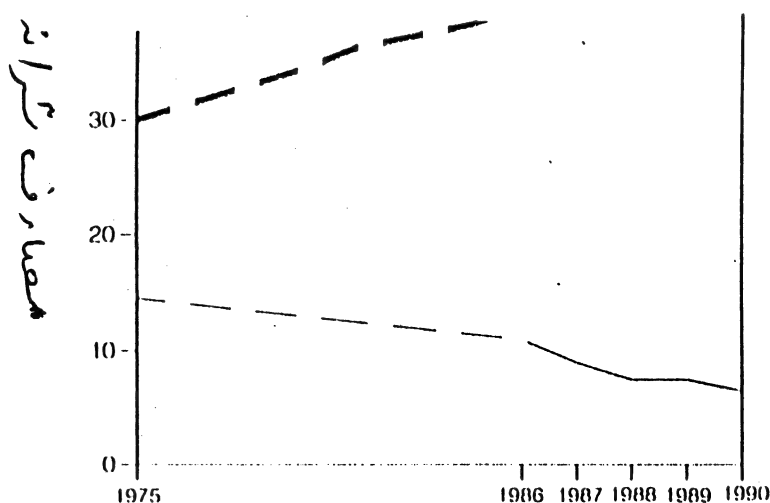
صحت عامه دستیاب شده می تواند اگر ارقام مصارف مالی برای چندین سال بدست آمد آنرا در روی گراف ترسیم و ارایه داشته تا بوضاحت ملاحظه شود که میلان مصارف مالی در جریان سالهای گذشته از چه قرار بوده و مهم تر از همه به نفع مراقبت های صحی اولیه چه نوع تغییرات مثبت در آن به ملاحظه میرسد. در قدم اول تناسب بودجه صحی ملی را به مقایسه سایر سکتورها مطالعه نموده و در مرحله بعدی سهم مراقبت های صحی اولیه را به تناسب سایر پروگرام های معالجوی وقایوی و تقویتی در داخل بودجه وزارت صحت عامه مورد بررسی قرار دهید. علاوئاً توزیع بودجی را به ارتباط سویه عرضه خدمات صحی (ولسوالی ولایتی و غیره) تحت مطالعه قرار داده تا دیده شود که بین سهمیه بودجی تخصیص داده شده و نفوس که از خدمات صحی آن استفاده مینمایند کدام تناسب منطقی وجود دارد.

#### شیوه مصارف بودجه عادی

در مجموع بودجه وزارت صحت عامه معاشات پرسونل به کدام تناسب بوده و به کدام تناسب مصارف تهیه و تدارک وسایل و لوازم قرار دارد. آیا این تخصیص بودجی بیانگر يك توزیع عادلانه بودجی در مورد مراقبت های صحی اولیه بوده می تواند یا خیر. اگر مصارف بودجی منطقی را در روی يك نقشه انعکاس دهید يك نظر کلی از توزیع عادلانه سهمیه های بودجی پیدا و تفاوت های موجود را بخوبی ملاحظه نموده می توانید (جدول ۱۱) علاوئاً تخصیص بودجی را در هر پروگرام در داخل سیستم صحت عامه را (مثلاً بودجه حمایه طفل و مادر) مطابق به عرضه خدمات صحی در نظر بگیرید.

جدول ۱۰- تمایل مصارف بودجوي بالای فی نفر در جریان پنج سال گذشته

منطقه:	۱۹ -	۱۹ -	۱۹ -	نصدي تغير ۱۹ - ۱۹ -
الف				
ب				
ج				
د				
وغيره				



شکل ۴- مصارف بودجوي سالانه

تیم صحي مراحل تهیه بودجه را تحت مطالعه قرار داده وسعی نماید که به مطالب زیر جواب مطلوب پیدا کند:

- کی صلاحیت تغییر فصل و باب بودجوي را دارا میباشد؟
- کی در منظوري مصارف مالی صلاحیت دارد؟
- کدام مقام صلاحیت تهیه و تدارك مالی را از منابع خارجی دارد.

این همه معلومات باید به تفکیک سويه عرضه خدمات صحي (ریاست امور صحي، ریاست های طب معالجوی، وقایوی، آمریت های صحت عامه ولایات وغیره) باید تضيف و توضیح گردد. پالیسی حکومت در مورد بسیج منابع مالی جمعیت بالای صحت چیست؟ آیا کدام سیستم اجرت در مقابل خدمت طبي وجود دارد؟ اگر موضوع چنین باشد آنرا توضیح بدارید. آیا کدام مطالعه اختصاصی در مورد قدرت پرداخت اجرت خدمات طبي وجود دارد؟

جدول-۱۱- این جدول مصارف بودجوی را در پنج سال گذشته به تفکیک منطقه نشان میدهد.

منطقه :	۱۹—	۱۹—	۱۹—	۱۹—	فیصدی تغییر ۱۹— ۱۹— نظر
الف :					
ب :					
ج :					
د :					
و غیره					

#### انکشاف منابع خارجی

اکثر ممالک روبه انکشاف منابع مالی خود را به شکل کمک های بلاعوض و قرضه های نرم و طویل المدت برای انکشاف خدمات صحت دریافت میدارند. اما این منابع مالی نادراً در بودجه های مالی وزارت های صحت عامه در پروسه انکشاف صحت ملی انعکاس داده می شود. مضاف بر آن روش بعضی از ادارات کمک دهنده خارجی چنین است که منابع محدود ملی را (از قبیل قوای بشری، وقت و غیره) که در بکار انداختن اولویت های صحت ضروری است از سیستم صحت عامه خارج ساخته آن به نفع خود استفاده مینماید.

مطالعه مراقبت های صحت اولیه يك فرصت خوب نه تنها برای تکمیل و نوسازی ارقام حاصله از وزارت های مالیه و پلان میباشد بلکه همه جوانب علاقمند را ضرورت يك سیستم مدغم پلان گذاری ملی مطلع میسازد. طوریکه معمول است يك مقدار معتنا به کمک های خارجی به شکل جنس (ادویه، ترانسپورت، فیلوشب کمک های تکنیکی و غیره) برای يك پروژه خاص تهیه گردیده درینصورت سعی می شود تا همه این کمک ها به ارقام مالی ترجمه شده تا در امور پلانگذاری سهولت عاید گردد. در محلات که سکتور خصوصی در عرضه خدمات صحتی کمک مالی مینماید نیز ارقام مربوطه آن ها باید بدست بیاید (جدول ۱۲)

جدول-۱۲- این جدول کمک های خارجی را در سکتور صحت عامه به تفکیک ساحه مورد نیاز نشان میدهد.

دو نور	حذف	پوشش	تعداد پرسونل	نحوه کمک
<p>سکونت ها :</p> <p>- ناروی</p> <p>- سوئد</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>کمک تخصصی</p> <p>در برن</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>سفاخانه ملی</p> <p>جهت درمانی</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		<p>بلا عرض</p> <p>قرصه</p>

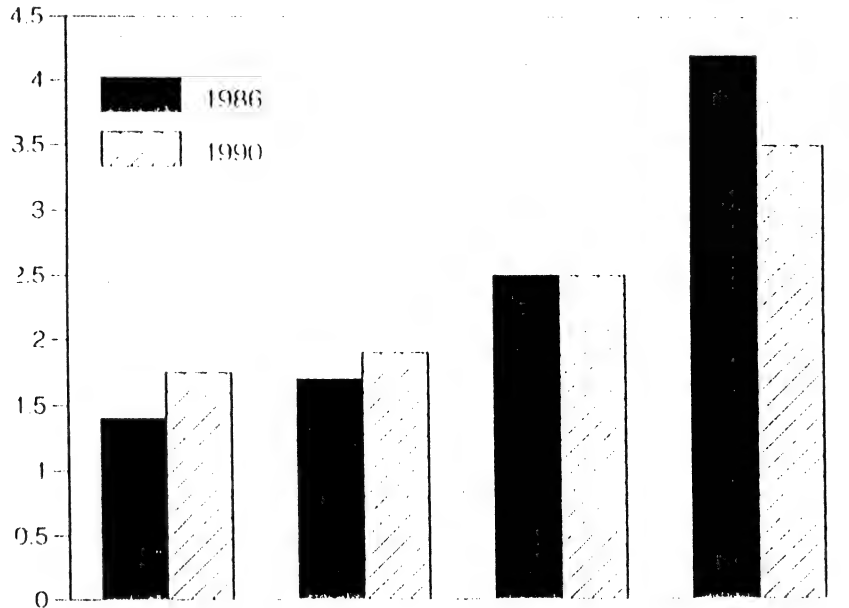
عبارت از تفاوت های بین دو منطقه میباشد مثلاً مشخصات جغرافیایی، فاصله راه پیمایی، تکاثف نفوس و غیره نیز در نظر گرفته می شود. همچنان معلومات راجع به تغییرات و تبدلات منظم پرسونل جمع آوری شود و معلومات راجع به توزیع گذشته و موجود پرسونل در مناطق در وزارت صحت عامه باید موجود باشد.

میزان فرسایش (Attrition) پرسونل و روحیه کارپرسونل از جمله مطالب دیگرست که درین مطالعه در نظر گرفته میشود. تاجاییکه به میزان کاهش ارتباط می گیرد، ارقام مورد نیاز مربوط به پرسونل از دفتر پرسونل و استخدام بدست آمده می تواند. اگر Attrition زیاد باشد آیا این فرسایش مربوط بیک کتگوری پرسونل است و یا به تمام کتگوری ها پرسونل دارد؟ آیا در مورد کدام دلیل واضح وجود دارد؟ آیا کدام اقدام خاص در زمینه اتخاذ شده می تواند (جدول ۱۶) مصاحبه کننده ها در جریان مصاحبه باید از پرسونل عالی رتبه پرسنل کنند که انگیزش پرسونل کافی است و یا چطور؟ آیا يك تعداد پرسونل تربیه یافته بدون کار هستند؟ آیا تعداد از پرسونل تربیه یافته در جستجوی کار در ساحات دیگر میباشد؟ آیا مشوقات مالی برای جلب پرسونل جهت استخدام در ساحات پر مشقت وجود دارد؟

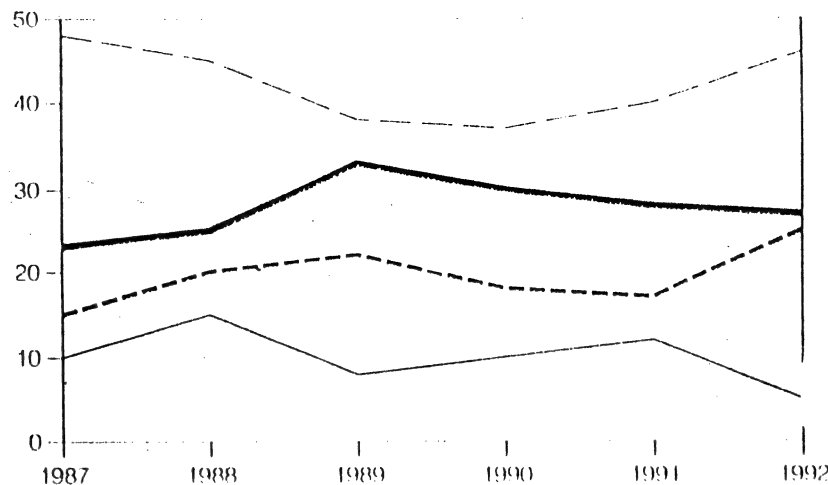
آیا این فرسایش شامل تلفات جریان تعلیم و تربیه ابتدایی نیز میباشد؟

بغرض ایجاد سهولت در بررسی تیم های مطالعاتی باید تمام پرسونل صحی به تفکیک مؤسسات استخدام کننده، تقسیم جغرافیایی و سویه عرضه خدمات صحی باید در يك یا چندین جدول ارایه گردد. البته ترتیب يك جدول اگر نمایش گر فرسایش باشد نیز خالی از فایده نخواهد بود. در جاهای دیگر توزیع پرسونل در مؤسسات و مناطق مختلف بصورت گرافیک نیز ترتیب یافته می تواند مثال اینگونه نمایشات اشکال ۵ و ۶

میباشد.



شکل ۵ :



شکل ۶ :



## جدول ۱۴- نورم استاندارد پرسونل در تسهیلات صحت

کستوری پرسونل	شفاخانه دلایتی	شفاخانه دولسو	مراکز صحتی اساسی	مراکز صحتی فرعی	پرستہ لمی صحتی
داکتر دندان ساز وغیرہ جمع کل					

در جریان سدی ساحی تیم لمی مطالعاتی مقدار حقیقی پرسونل را در هر یک از تسهیلات صحت با نورم لمی موضوعہ تعایسہ نموده و نتیجہ سنجش لازمہ را ارائه میدارد.

## جدول ۱۵: این جدول توزیع پرسونل به اساس سویہ عرضه خدمات صحت نشان میدهد

کستوری لمی پرسونل	سویہ اول	سویہ دوم	سویہ ہمایی
طبيب داکتر دندان معاون طبي نرس قابلہ دوختيا بال فارمستيت کميشن لابر اتوار رضا کار صحتی دايه محل	۱۹- ۱۹- ۱۹-	۱۹- ۱۹- ۱۹-	۱۹- ۱۹- ۱۹-

## جدول ۱۶: این جدول میزان فرسایش را به تفلیک کستوری های مختلفہ نشان میدهد (ترجیئ برای یک دورہ ۶- ۱۰ سالہ ترتیب میشود)

کستوری لمی پرسونل	۱۹..	۱۹..	۱۹..	۱۹..	۱۹..	اسباب عمدہ
داکتر طب داکتر دندان وغیرہ						

## تعلیم و تربیه پرسونل

در تحت این عنوان صرف فهرست تعداد کورس های تربیوی یا تعداد داخله هر يك از کورس ها کافی نبوده بلکه در عین حال باید ساحات پیشرفت کار و موانع عایده را در مقابل اجرای کار را نیز باید بررسی نمود. تا در برابر آن تدابیر اصلاحی رویدست گرفته شود. در بررسی مکمل باید يك عده مساعی از قبیل : مرور اسناد دست داشته مصاحبه با مسؤولین امور بازدید های موسسات تربیوی نیز صورت بگیرد. **مطالب مورد سوال ذیل میباشد:**

- ۱- پالیسی ملی در مورد تربیه کادر های پرسونل صحتی چیست؟
  - ۲- آیا ظرفیت تربیوی هر يك در پروگرام های تربیوی (مکاتب) کافی است؟
  - ۳- منحصث جزء ازپلان ملی مراقبت های صحتی اولیه آیا کدام پروگرام تربیوی شروع شده است؟
  - ۴- آیا پروگرام های تربیوی به غرض تربیه پرسونل در مهارت های اختصاصی مورد احتیاج تعدیل ویا تغییر یافته است؟
  - ۵- آیا تعداد فارغ التحصیلان پروگرام های تربیوی نیازمندی های مؤسسات و پروگرام های صحتی را مرفوع ساخته می تواند؟
  - ۶- کدام فیصدی پرسونل نیازمند تربیه اختصاصی میباشد مثلاً واکسیناسیون کنترل امراض ساری وغیره) واقعاً از آن مستفید شده اند؟
  - ۷- آیا به ارتباط اولویت های پالیسی مراقبت های صحتی اولیه تجدید نظر ویا تعدیل گردیده است؟
  - ۸- اگر چنین نشده باشد پس کدام نصاب تعلیمی تغییر یافته است؟
  - ۹- آیا کدام میکانیزم جهت تجدید نظر و تعدیل نصاب تعلیمی بنابر برخورد پالیسی مراقبت های صحتی اولیه وجود دارد؟
  - ۱۰- آیا وزارت صحت عامه در تربیه داخل خدمت پرسونل سکتور های دیگر اشتراك مساعی دارد؟
- طوریکه و هویدا است تربیه مجدد پرسونل از جمله استراتیژی مهم تطبیق مراقبت های صحتی اولیه میباشد بنابراین تیم مطالعاتی سروی پروگرام داخل خدمت را طرح و موردباید تطبیق قرار بدهد.
- (جدول ۱۷)

## تسهیلات صحتی

توزیع عادلانه تسهیلات صحتی به اساس نیازمندی های صحتی مردم در سراسر مملکت خیلی مهم است. این معلومات از روی مطالعه توزیع تسهیلات صحتی به تفکیک منطقه بدست آمده می تواند. (جدول ۱۸) انواع تسهیلات صحتی در مملکت میباشد مثلاً شمولیت تسهیلات صحتی شخصی و سازمان های غیر دولتی وغیره. اگر ارقام نفوس به تفکیک منطقه موجود باشد پوشش نفوس توسط هر يك از تسهیلات صحتی محاسبه شده می تواند. تیم صحتی در مورد اینکه کدام يك از مناطق بصورت مشخص در آن عرضه خدمات صحتی مطابق نورم ها صورت نگرفته است. اگر واقعاً وضع چنین باشد آیا کدام پلان جهت بهبود سویه پوشش مراقبت های صحتی اولیه طرح گردیده تا مورد تصبیق قرار بگیرد.

ارایه ارقام مربوط به انواع تسهیلات صحتی وتعداد آن بالای فی صد هزار (یا ده هزار) نفوس در جریان ۱۰ سال گذشته در هر دو سویه ملی و منطقوی خیلی مفید میباشد. البته این ارقام به صفت اساس معقول جهت مطالعه انکشاف سیستم خدمات صحتی در سالهای گذشته قبول شده می تواند. برای مثال منابع دست داشته ملی بالای تسهیلات صحتی اختصاصی به قسمت خدمات صحتی سویه های دیگر به مصرف میرسد؟ آیا در بین کدام پالیسی واضع و روشن وجود دارد که تمام تسهیلات صحتی در سویه های مختلف به صورت متناسب از منابع صحتی بر خوردار می شوند؟ اگر وضع چنین نباشد پس تشریح بدهید که چرا تیم سروی باید مطالعه تحلیلی منابع را به راه بیاندازد تا اگر تفاوت های در زمینه موجود باشد بوضاحت ملاحظه برسد

(جدول ۱۹ را ببینید).

جدول ۱۷: این جدول کورس‌های داخل تربیوی را با تعداد شاملان آن نشان می‌دهد

پرگرام تربیوی پرسونل	اسم کورس تربیوی	تاریخ	محل	تعداد شاملان
۱- واکسیناسیون ۲- کنترل امراض ساری ۳- حایه طفل و مادر ۴- غیره				

جدول ۱۸: این جدول تسهیلات صحتی حکومتی و غیردولتی را به تفکیک منطقه نشان می‌دهد

منطقه	نوع	( ) سال قبل	شفاخانه	مرکز صحتی اساسی	کلینیک های حایه طفل و مادر	پرستہ های صحتی
الف	دولتی شخصی جمع	۱۰				
ب	دولتی شخصی جمع	۵				

معلومات اضافی و مفید برای مقاصد پلان گذاری شامل مطالب زیر میباشد:

- \* فیصدی نفوس که در يك شعاع (x) کیلومتری در اطراف تسهیلات صحتی زندگی مینمایند.
  - \* فیصدی نفوس که به خدمات ساحوی مراکز صحتی اساس دست رسی (Access) دارند.
  - \* فیصدی نفوس که در خارج از ساحه دست رسی تسهیلات صحتی فعال زنده گی مینمایند.
- در محلات که ارقام ثابت وجود ندارد بهتر است ارقام حاصله مصاحبه را شامل سروی نموده هیچگاه نظریات آگاهانه را نباید به فراموشی سپرد.

نوع تسهیلات صحی	دولتی	سازمان های غیردولتی	شخصی	جمع (٪ ۱۰۰)
شناختن های اختصاصی				
شناختن های عمومی :				

### ۳- منجمنت پروگرام

موضوع مهم که عبارت از مؤثریت و کفایت منجمنت مرکزی ارکان مراقبت های صحی اولیه میباشد باید در سروی تحت مطالعه و بررسی قرار بگیرد. طوریکه قبلاً نیز از آن تذکار بعمل آمد اگر یکی از ارکان مراقبت های صحی اولیه مثلاً معافیت کتلوی قبلاً ارزیابی شده باشد پس درین صورت لزوم جهت ارزیابی مجدد آن دیده نمی شود. لذا باید از آن صرف نظر شود. در عوض در این قسمت مرور باید معلومات اقلی ضروری را بالای ارکان عمده و مهم مراقبت های صحی اولیه باید جمع آوری شود تا مطالعه که مراقبت های صحی اولیه در پروگرام های اختصاصی چقدر مورد تطبیق قرار گرفته است. مقامات صحی مملکت در تعیین پروگرام های که به تفصیل و آنهایی که بصورت خلص تحت مطالعه قرار بگیرند تصمیم گرفته که این موضوع قسماً بالای موجودیت منابع و در نهایت بالای موجودیت ارقام جدید ارتباط پیدا می نماید.

### پالیسی و پلان گذاری

معلومات مورد نیاز باید از مطالعه اسناد و از طریق اجرای مصاحبه با مامورین مجرب صحی در سویه مرکز جمع آوری شود. اسناد ابتدایی که ارقام آن جمع آوری گردید باید بصورت کل بغرض مطالعه تیم سروی نگهداری شود. همچنان يك تعداد ارقام بالاثر مصاحبه با آمرین پروژه ها نیز باید بدست بیاید. پاسخ های مناسب در برابر سوالات زیر به ارتباط پروگرام های مختلفه مراقبت های صحی اولیه نیز بدست بیاید:

- آیا يك مقام مسؤول در سویه مرکزی برای مراقبت های صحی اولیه موجود است؟
- اهداف عمومی و اهداف خصوصی (تارگیت) پروگرام کدام است؟
- آیا تکنالوجی که باید مورد انتقال قرار بگیرد مشخص گردیده است.
- آیا بالای احتیاجات پروگرام به ارتباط پرسونل، تسهیلات، ترانسپورت وسایل و ترانسپورت کار صورت گرفته است؟
- آیا يك تقسیم اوقات جهت تطبیق به شمول يك پروگرام بودجوی تفصیلی و يك سیستم واری و ارزیابی طرح و ترتیب گردیده است؟
- میخانیکیت ادغام با پروگرام های دیگر کدام است؟

در اخیر يك توضیح مختصر در باره، دستاوردهای پروگرام، پرابلم های عایده و پلان های مطروحه جهت معامله باین پرابلم ها نیز ارایه گردد.

## نظارت پروگرام

آمرین مرکزی تماس های نظارتی را با فعالیت های که در سوبه های محیطی تحت اجرا قرار می گیرد بر قرار میسازد. معلومات مورد نیاز برای مرور اوضاع توسط مصاحبه مامورین مجرب اداری جمع آوری شود کیفیت بازدیدهای نظارتی تا حدی از بعضی تسهیلات ولایتی و ولسوالی انتخابی مورد بررسی قرار می گیرد. همچنان سعی بعمل آید تا مفیدیت ویزیت مامورین مرکزی را از تسهیلات منطقوی و یا ولایتی بررسی نمود. این کار مستقیم و یا غیر مستقیم نیز اجرا شده می تواند.

## انسجام پروگرام

به ارتباط انسجام باید سوالات زیر پرسیان شود:

- هر چند وقت آمرین پروگرام ها با هم ملاقات مینمایند؟
- آیا آنها پلان گذاری مشترك دارند.
- آیا آنها نتایج ویزیت های نظارتی را مورد بحث قرار می دهند و ضعف پروگرام را شناسایی می نمایند.
- آیا آنها پلان های مشترك را بغرض غلبه بر مشکلات طرح نموده اند؟ مثال بدهید.

## منجمنت مرکزی وسایل و لوازم

در جریان این مطالعات سعی بعمل آید که آیا کدام منجمنت مرکزی وسایل و لوازم بصورت مثمر وجود دارد یاخیر. در ین جریان چندین فکتور از قبیل پلان تهیه و تدارك ذخایر وسایل و لوازم، کفایت در توزیع و بودجه دست داشته در نظر گرفته شود برای مثال آیا ادویه که بصورت عمده خریداری می شود دارای اقلام جنريك میباشد. اینکار از باعث اینکه مساعد ترین قسمت را انتخاب کنیم خیلی مهم است؟ آیا به اقلام ضروری اولویت داده شده است؟ آیا اسناد و ارقام مربوطه، توزیع مواد، و مقدار موجودی آن در ذخیره به سهولت بدست آورده شده می تواند؟ آیا کمبودهای ادویه ضروری و واکسین بصورت قبلی در يك وقت خوب پیش بینی شده می تواند؟ آیا ستاك مرکزی جای اضافی ذخیره برای واکسین و غیره ادویه ضروری دارد؟

## ارکان خصوصی مراقبت های صحی اولیه

تیم سروی باید پالیسی ملی و رهنمودهای خصوصی پروگرام های مراقبت های صحی را مطالعه نموده و به سولات زیر جواب بدهید:

- فعالیت های عمده و اهداف خصوصی (تارگیت) پروگرام کدام ها میباشند؟
- آیا در بین استخدام پرسونل در پروگرام و منابع دیگر به سویه ملی کدام موازنه وجود دارد؟
- درین پروگرام از کدام کتاب رهنما (متول) جهت رهنمایی عملیات پروگرام استفاده شده است؟
- مودول (جزوه) که در بخش ۳ و ۴ این رهنمود داده شده آیا تیم سروی از آن جهت طرح سولات بیشتر استفاده کرده می تواند.

يك لست ابتدایی معیارات کلیدی برای مطالعه ارکان خصوصی مراقبت های صحی اولیه در سویه ملی ذیلاً ارایه گردیده است. درین مورد چنین توصیه میشود که تحقیقات اقلأً از ۵ سال گذشته باین طرف باید صورت یگیرد تا میلان موضوع روشن و از آن نتیجه گیری نموده بتوانیم. در مورد هر معیار سال تطبیق آنرا نیز تذکار بدهید:

- ۱- نفوس مردم که دارای آب محفوظ در داخل خانه خود ویا در فاصله پیاده روی مناسب تقسیم به مجموع نفوس ضرب ۱۰۰ = %
- ۲- تعداد مردم که دارای تسهیلات صحی (بیت الخلاء) تقسیم مجموع نفوس ضرب در ۱۰۰ = %
- ۳- تعداد واکسیناسیون که در ۵ سال گذشته (اطفال کمتر از يك ساله و زنان).

معاپییت	۱۹۰۰	۱۹۰۰	۱۹۰۰	تقابل الف
بی سی جی				
دی پی تی - ۱-۲-۳				
پولیو - ۱-۲-۳				
سرخکان				
تتانوس تاکساید - ۱-۲				
تعداد ولادت ها				

## الف - تبصره بالای تقایل:

- ++ = افزایش زیاد، + = افزایش متوسط، 0 = عدم افزایش (کمتر از ۱۵ %) ؟ = نامعلوم
- ۴- تعداد نفوس که به تسهیلات صحی و ادویه اساسی دست رسی دارند تقسیم به مجموع نفوس ضرب در ۱۰۰ = %

معبارات که در اینجا مورد بحث قرار می گیرند: عبارتند از:

- موجودیت تسهیلات معالجوی برای امراض و جروجات.
- تهیه و تدارک منظم ادویه ضروری (آیا کدام نوع انقطاع در تهیه ادویه ضروری در مملکت موجود است؟ یا این انقطاع به تمام مملکت است یا در يك قسمت آن؟)
- آیا کدام مرکز صحتی در يك ساعته مصافه پیاده روی و یا سواری موتر موجود است؟ (اگر ارقام بالای اندازه وقت موجود نباشد پس فاصله سفر را به کیلومتر در نظر بگیرید).

۵- تعداد متوقع ولادت ها (n) میزان ناخالص تولدات X نفوس  $\% \text{ ———} =$

۶- تعداد زنان که توسط پرسونل صحتی معاینه شده بر تعداد نفوس  $100 \times \text{ ———} \%$

تفکیک ارقام به اساس محل عرضه خدمات صحتی و کتگوری پرسونل سفارش شده: تعداد متوسط ویزیت های قبل الولادت محاسبه شده و یا با نورم های ملی مقایسه گردد همچنان نوع تربیه پرسونل نیز باید توضیح بیابد.

۷- تعداد ولادت های که توسط پرسونل تربیه یافته نظارت شده تقسیم (n)  $100 \times \text{ ———} \%$

۸- تعداد متوسط تماس اطفال کمتر از يك ساله و نوع خدمات عرضه شده (به شمول سوبه تربیه پرسونل) با نورم های ملی باید در مقایسه قرار بگیرد تا مشاهده شود که وضع قناعت بخش است یا چطور؟

۹- تعداد کارت که در خانه نگهداری میشود (چارت نشو و نما و واکسیناسیون) و به اطفال کمتر از يك ساله توزیع یافته تقسیم بر  $100 \times (n) \text{ ———} \%$

۱۰- فیصدی نوزادان با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرام  $\text{ ———} \%$

۱۱- فیصدی اطفال کمتر از ۳ ساله (یا ۵ ساله) که پایین تر از حدود نورمال وزن متناسب به عمر خود را داشته باشند.





## تعلیمات صحتی

هدف از ارزیابی این پروگرام آنست که دیده شود که ارکان مختلفه مراقبت های صحتی اولیه تا اندازه توسط توسعه و پخش پروگرام های تعلیمات صحتی حمایه و پشتیبانی شده است. برای اینکار فعالیت های زیر مورد تحقیق قرار بگیرد:

- آیا پروگرام تعلیمات صحتی در سویه مملکتی وجود دارد؟
- چند نفر در تطبیق پروگرام تعلیمات صحتی استخدام شده اند؟
- چند نفر این پرسونل تربیه یافته ای مسلکی بوده و به کدام سویه میباشند؟
- آیا پرسونل تعلیماتی صحتی در پلان گذاری وانسجام پروگرام ها با سایر سکتور ها همکاری دارند؟
- آیا پروگرام تعلیمات صحتی در پروگرام های تربیوی پرسونل صحتی شامل ساخته شده است؟
- آیا کدام میخانیکیت جهت ارزیابی پروگرام تعلیمات صحتی در وزارت صحت عامه وجود دارد؟
- آیا پروگرام تعلیمات صحتی ریسرچ صحتی را حمایت نموده و در آن سهم گیری مینماید؟
- آیا پروگرام تعلیمات صحتی بودجه معین سالانه برای مصارف خود در دست رس دارد؟
- چند فیصد مجموع بودجه صحتی ملی برای پیش برد تعلیمات صحتی تخصیص داده شده است؟
- آیا در مجموع بودجه برای هر یک از پروگرام های تخنیکي تخصیص داده شده است؟
- در پروگرامهای صحتی و سهم بودجه تعلیمات صحتی چند میباشند؟
- آیا خدمات اطلاعات صحتی در داخل چوکات وزارت صحت عامه و سایر سکتور ها موجود است؟
- اگر چنین باشد پس کدام مواد تعلیمی از طرف شعبات فوق در هر سکتور به نشر سپرده میشود؟

## وارسی و ارزیابی

یک تعداد زیاد ارکان مراقبت های صحتی اولیه تابع واری متداوم ویا ارزیابی های دوری میباشند. تا باین وسیله درجه نیل به اهداف پروگرام که قبلاً مشخص شده بررسی شده بتواند. درجهت نیل به اینکارابتداء ضرورت است بیک سروی که به تعقیب آن سروی های دوری (یعنی در هر سال ویا دوسال) اجرا شود مثلاً پوشش واکسیناسیون، یا سطح استفاده از او-ار-اس در بدو مرحله سروی می شود. بعداً بغرض تعین درجه پیشرفت کار به طرف اهداف در هر سال دوباره سروی می گردد تا با جمع آوری ارقام جدید جریان پیشرفت پروگرام ارزیابی گردد. به الفاظ دیگر ارقام جمع آوری شده باید تحت مطالعه قرار بگیرد. این ارقام ضرور نیست در سطح ملی جز اطلاعات عمومی صحتی در وزارت صحت عامه شود. این معلومات صرف به صفت شاخص ارزیابی پروگرام های اختصاصی در خود ارشیف پروگرام حفظ و نگهداری شده می تواند.

هرگاه عین سلسله ارقام در سروی های بعدی بدست آمد درین صورت به منظور مقایسه ارقام حاصله گراف و چارت ها ترتیب گردد تا بصورت مقایسوی پیشرفت ها ویا پسمانی های پروگرام بوضاحت قابل رویت گردد. برای مثال: آیا تعداد واکسیناسیون اطفال کمتر از پنج سال در پنج سال گذشته دوچندان گردیده است؟ ویا يك افزایش ۲۵٪ نموده. اگر احیاناً کدام پیشرفت بملاحظه نرسیده باشد پس چرا؟ آیا این موضوع از باعث تغییر اهداف پروگرام است ویا از سبب تغییر در برنامه واکسیناسیون میباشد؟ علوئاً تعداد وقوعات امراض و تعداد وفیات از اثر امراض ساری قابل اطلاع دهی ویا امراض که تحت سر ویلانس قرار دارد در پنج سال گذشته جدول بندی شده و روند (میلان) آن تحت مطالعه قرار بگیری. ارقام مربوط وفیات و واقعات ده مرض عمده کثیر الوقوع نیز باید در جدول ها و گراف ها جهت ارزیابی ترتیب و ارایه گردد.

آیا ارقام حاصله از پروگرام سرویلانس از مراکز ثابت بدست آمده؟ و آیا این ارقام گاهی ارزیابی نشده است؟ آیا سروی های نمونی بالای کدام يك از ارکان مراقبت های صحی اولیه صورت گرفته است؟ (معافیت یا اسهالات). اگر چنین باشد پس تدابیر را که به اساس نتایج سروی اتخاذ گردیده تشریح بدارید. سیستم راپور دهی روتین طور ذیل ارزیابی شده می تواند:

a- تعداد مراکز راپور دهنده در ولایت یا منطقه \_\_\_\_\_ =

b- تعداد راپورهای که در ۱۲ ماه گذشته که میبایست میرسید \_\_\_\_\_ =

c- تعداد راپورهای که در ۱۲ ماه گذشته از مراکز راپور دهنده مواصلت نموده است =

d- شاخص مکمل بودن راپور دهی  $100 \times (e/b)$  \_\_\_\_\_ = %

e- تعداد راپور های که در ماه گذشته مواصلت ورزیده است \_\_\_\_\_ =

f- شاخص راپور دهی به موقع  $10 \times (e/a)$  \_\_\_\_\_ = %

بصورت نمونه به منظور حصول يك تصویر کلی عملیات پروگرام معافیت تعداد واکسیناسیون در هر منطقه باید مرور شود (صفحات ۶۶ - ۶۹ را ملاحظه کنید). گروه اطفال که اهداف پروگرام معافیت میباشند. از روی هرم نفوس و معلومات دموگرافیک دست داشته باشد محاسب شده و نتایج واکسیناسیون به شکل فیصدی یا فی هزاری راپور داده شود. این طرز محاسبه پوشش واکسیناسیون به تفکیک منطقه در عین حالیکه يك نظر کلی راجع به موفقیت پروگرام میباشد درباره پرابلم های عایده پروگرام معافیت نیز معلومات کافی بدست رس خواهد گذاشت.

البته بررسی صحیح تر سطح پوشش واکسیناسیون همانا سنجش کیفیت پروگرام و تفکیک گروه های سنین اطفال میباشد که به میزان بیشتر و سطح پوشش بلند تر تمام کمتر از ۱۲ ماهه ها واکسین شده اند میباشد. اگر این گونه معلومات به تفکیک در دست رس باشد مقایسه سطح پوشش رابین مناطق بنابر مشکلات و پرابلم میان آمده برای بیننده ارایه خواهد نمود به عین ارتباط ارکان دیگر مراقبت های صحی اولیه با استفاده از معیارات مناسب تحلیل مشابه صورت گرفته می تواند.

نتایج فعالیت های واری و ارزیابی به ارتباط اهداف خصوصی (تارگیت) هر يك از ارکان مراقبت های صحی اولیه باید تحت تعبیر و تفسیر قرار گرفته میتواند. در عین حال سفارشاتیکه بغرض بهبود پروگرام ارایه میشود باید طور ترتیب و انتظام بیابد که جنبه عملی آن در نظر گرفته شده و در تحت شرایط موجوده اجرای آن امکان پذیر باشد. این تدابیر توسط آمرین پروژه ها که سروی ها را پیش می برند رویدست گرفته شود. هرگاه در صورت که واری و ارزیابی باعملیه تعقیب ناکافی بررسی شود درینصورت تیم مطالعاتی آنرا بصورت مستند به آمرین پروژه ارایه مینماید تا تدابیر اصلاحی خاص روی دست گرفته شود.

## بخش ۳

سویه ناحیه وی (ولسوالی)

## مقدمه :

هدف و مرام این قسمت عبارت از بررسی مؤثریت سازمانی و اداری مراقبت های صحنی اولیه در سویه مرکز صحنی اساسی در سطح ولسوالی میباشد. در ین قسمت نظر به این که پرسونل چه باید بدانند و چه بکنند توجه و تأکید بالای سطح واقعی دانش پرسونل و درجه کارآیی آن می شود متود های جمع آوری معلومات درمورد پالیسی و پروگرام های مراقبت های صحنی اولیه در بخش دوم این کتاب مطرح گردید. عین معلومات در سطح ولسوالی درباره سطح دانش و آگاهی نیز مورد احتیاج بوده تا سویه دانش پرسونل تعیین و پیمانۀ تطبیق مراقبت های صحنی اولیه تحت بررسی قرار بگیرد. مثلاً اگر تیم تحقیقاتی بالاثربرسی های خود بدانند که پالیسی ملی مراقبت های صحنی اولیه در سویه های محیطی بدرستی مفهوم نگردیده و همه پرسونل از آن آگاه نیستند در ین صورت بهتر است سیمینار ملی برای تشریح و توضیح پالیسی های فوق الذکر دایر گردیده تا همه بدانند که در تطبیق پروگرام اقدام به چه عمل میدارند.

قسمت عمدهء دیگر این بخش اینست تا به معلومات حاصله در سویه ملی رسیدگی شود. برای مثال تفویض صلاحیت در عمل نظر به سویه که پلان شده بود به پیمانۀ محدود تر صورت گرفته است. علاوه بر پرسونل معین که باید در یکی از تسهیلات توظیف میافت و یا سامان و لوازم که همزمان به آن ارسال می گردید صورت نگرفته است. همچنان بدون تردید در معلومات جمع آوری شده در سویه ملی و بین المللی و محیطی تفاوت های نیز بملاحظه خواهند رسید. البته تیم سروی در قسمت این تفاوت را مطالعه نموده تا وسعت تفاوت هارا تعیین نموده و در عین حال تشخیص نماید که این تفاوت ها سیستماتیک بوده و یا بصورت جدا در حال تجرید از هم بوقوع پیوسته است.

طوریکه بر همه هوید است در ین بخش و بخش های متعاقب آن یک بعد جدید را در جمع آوری اطلاعات معرفی نموده که پروسه جمع آوری ارقام را مغلق تر میسازد. بنابراین از ین به بعد در تحلیل معلومات نه تنها تفاوت ها بین سویه های (مثلاً مرکزی، منطقوی و ولسوالی) در عرضه خدمات صحنی بلکه تفاوت ها بین هر یک از ین سویه ها مثلاً بین یک ولسوالی و ولسوالی دیگر نیز مطالعه صورت بگیرد. چون پیمانۀ وسعت و کیفیت تطبیق مراقبت های صحنی اولیه شاید در سراسر مملکت یک سان نبوده تیم تحقیقاتی متوجه شناسایی نقاط ضعیف و قوی اجراءات در پروگرام بوده تا اینکه درس های که در جریان مطالعه یکی پروگرام آموخته میشود در پروگرام دیگر قابل تطبیق شده بتواند.

## ۱- دورنمای معلومات

### پروفايل عمومى ولسوالى

مرام و مقصد عمده درين قسمت عبارت از پيمائش وسعت و آشنائي پرسونل صحى به شرايط جغرافيايى ولسوالى و ايجاد يك سيستم معلومات بنيادى بوده تا به اساس آن مناسبت و موثريت پروگرام هاى صحى بررسى شده بتواند.

عدم موجوديت آگاهى و يا عدم موجوديت سهولت در دست رسى معلومات نيز در تشخيص مهم بوده زيرا دانش و معلومات وسايل اساسى براى منجمنت موضوع خوب ميباشد. در جهت نيل به اين كار اولاً نقشه جغرافيايى ولسوالى بدست آورده شود. اين نقشه بايد كليشه تقسيمات فرعى ولسوالى - علاقه دارى وقرأ بزرگ را با موقعيت تسهيلات صحى آن بايد نشان بدهد.

همچنان مامورين صحى ولسوالى (ويا ولايتى) به مشكلات لوجستيكي جغرافيايى كه عرضه خدمات صحى را تحت تأثير خود قرار ميدهد، توجه نموده و در قسمت رفع آن اقدامات لازمه را مرعى بدارند. يكي از اين مشكلات شايد بزرگى بيش از حد ساحه جغرافيايى ولسوالى بوده كه با پرسونل صحى دست داشته منجمنت سالم ان امكان پذير شده نه مى تواند. يا اينكه سيستم سرك سازى و حمل نقل در ولسوالى طورىست كه براى تطبيق پروگرام هاى مشكلات بيش از حد را بيمان مى آورد. علاوهً خلاصه فعاليت هاى اجتماعى و اقتصادى را در داخل ولسوالى بايد بدست آورد تا پراېلم ها و يا تفاوت هاى اجتماعى و اقتصادى را در ميان حصص مختلف ولسوالى شناسايى نموده بتوانيم.

### نفوس

پرسونل امور صحى در ناحيه بايد از تعداد نقاط تجمع نفوس مسكون خود به شمول تعداد گروپ هاى خاص سنين از قبيل مادران، اطفال، طبقات نادار و فقير مردم گروه هاى آسيب پذير اطلاع داشته باشد زيرا محاسبه و سنجش نيازمندى هاى صحى مردم بدون معلومات فوق ناممكن ميباشد. ارقام دربارۀ شاخص هاى ديگر نفوس: از قبيل مهاجرت ها تكائف نفوس وغيره نيز بايد جمع آورى شود. علاوهً ميزان عايدات سالانه، سطح سواد نه تنها براى تمام مردم جمعيت بلكه در صورت امكان به تفكيك ساحات كوچكتر ولسوالى نيز بايد جمع آورى گردد.

### معیارات صحتی (Health indicators) :

پرسونل صحتی برای طرح پلان های صحتی و منجمنت سالم پروگرام های صحتی باید معلومات تازه و مکمل در مورد معیارات در ساحه کار خود بدست داشته باشند. هرگاه ارقام دقیق موجود نباشد در آن صورت ارقام تخمینی خالی از فایده نبوده تا لا اقل این احساس بمیان بیاید که ارقام دست داشته در مورد معیارات در کدام سطح (به مقایسه ارقام متوسط ملی) قرار دارد.

در جمله معیارات، میزان وفيات اطفال در ناحیه از مهمترین همه بوده (تعداد مرگ های اطفال کمتر از يك ساله تقسیم تعداد تولدات زنده ضرب در ۱۰۰۰) تفاوت های احتمالی بین دو جنس مطالعه و مقایسه گردد.

### جدول ۲۰ : جدول میلان معیارات صحتی در ولسوالی

معیارات	۱۹۰۰	۱۹۰۰	۱۹۰۰
میزان وفيات عمومی تزايد طبيعى نفوس میزان مرگ و مير اطفال کمتر از يكساله میزان مرگ و مير اطفال ۱ - ۴ ساله میزان وفيات مادران میزان سواد : ذکور - اناث -			

## ۲ - پالیسی صحی، سازمان دهی و منابع

### پالیسی صحی

یکی از مقاصد عمده، این مرحله آنست تا دانسته شود که پرسونل صحی و مسئولین سایر سکتورها به شمول رهبران سیاسی راجع به پالیسی صحی چیزی میدانند در جهت تحقق این مرام اعضای تیم تحقیقاتی باید جوانب اختصاصی و پالیسی صحی ملی را با مسئولین امور صحی در هر يك از سويه ها باید تحت غور و مطالعه قرار بدهند. برای مثال مظاهر و نکات عمده پالیسی صحی ملی کدام است؟ آیا کدام پلان برای ساختمان مراکز صحی رویدست است؟ علاوهً تیم تحقیقاتی سعی کند تا اگر کاپی پالیسی صحی ملی را در سويه ولسوالی بدست بیاورد که این هم بذات خود نشانه روابط خوب بین مرکز و ولسوالی های مربوطه محسوب می شود.

طوری که همه میدانند در پالیسی های مطروحه سويه ملی ضروریات و نیازمندی های با الخصوص هر يك از ولسوالی ها بطور خاص انعکاس داده شده نمی تواند. مثلاً پالیسی صحی ملی هیچگاه در بر گیرنده پرابلم های مرض اندیمیک در يك محل خاص بوده می تواند. پس تیم تحقیقاتی باید متوجه تعین وسعت و اندازه اشتراك مساعی تیم های صحی ولسوالی (ویا ولایتی) در طرح پالیسی و تدوین پلان های صحی ملی و تعدیل آن برای رفع ضروریات محلی شده شوند.

### سهم سایر سکتورها در صحت

با مرور اسناد رسمی معلومات دقیق را در مورد پیمانانه همکاری سایر سکتورها با توجه خاص به تفصیل عملیاتی پروگرام ها می توان بدست آورد. اسناد رسمی به شمول روی داد های مجالس نیز مطالب مهم را بدست رسی تیم تحقیقاتی قرار داده می تواند. اگر چنین معلومات را مسئولین امور صحی ولسوالی (ویا ولایتی) قبلاً تهیه نموده باشند درین صورت در اجرای مرور سهولت زیاد روی خواهد نمود و تیم تحقیقاتی در جریان ویزیت ولسوالی معلومات حاصله را مطالعه نموده وسعت همکاری های سایر سکتورها را تعین اندازه خواهند نمود. بهر حال اگر نوعیت و خصوصیت معلومات مورد نظر قبلاً تعین شده بتواند تا پرسونل صحی ولسوالی برای تیم تحقیقاتی آنرا تهیه داشته و در شروع ویزیت آنرا بدست رس ایشان بگذارد کار بهتر خواهد بود.



## ۲ - پالیسی صحی، سازمان دهی و منابع

### پالیسی صحی

یکی از مقاصد عمده این مرحله آنست تا دانسته شود که پرسونل صحی و مسئولین سایر سکتورها به شمول رهبران سیاسی راجع به پالیسی صحی چیزی میدانند در جهت تحقق این مرام اعضای تیم تحقیقاتی باید جوانب اختصاصی و پالیسی صحی ملی را با مسئولین امور صحی در هر يك از سويه ها باید تحت غور و مطالعه قرار بدهند. برای مثال مظاهر و نکات عمده پالیسی صحی ملی کدام است؟ آیا کدام پلان برای ساختمان مراکز صحی رویدست است؟ علاوهً تیم تحقیقاتی سعی کند تا اگر کاپی پالیسی صحی ملی را در سويه ولسوالی بدست بیاورد که این هم بذات خود نشانه روابط خوب بین مرکز و ولسوالی های مربوطه محسوب می شود.

طوری که همه میدانند در پالیسی های مطروحه سويه ملی ضروریات و نیازمندی های با الخصوص هر يك از ولسوالی ها بطور خاص انعکاس داده شده نمی تواند. مثلاً پالیسی صحی ملی هیچگاه در بر گیرنده پرابلم های مرض اندیمیک در يك محل خاص بوده می تواند. پس تیم تحقیقاتی باید متوجه تعین وسعت و اندازه اشتراك مساعی تیم های صحی ولسوالی (ویا ولایتی) در طرح پالیسی و تدوین پلان های صحی ملی و تعدیل آن برای رفع ضروریات محلی شده شوند.

### سهم سایر سکتورها در صحت

با مرور اسناد رسمی معلومات دقیق را در مورد پیمانانه همکاری سایر سکتورها با توجه خاص به تفصیل عملیاتی پروگرام ها می توان بدست آورد. اسناد رسمی به شمول روی داد های مجالس نیز مطالب مهم را بدست رسی تیم تحقیقاتی قرار داده می تواند. اگر چنین معلومات را مسئولین امور صحی ولسوالی (ویا ولایتی) قبلاً تهیه نموده باشند درین صورت در اجرای مرور سهولت زیاد روی خواهد نمود و تیم تحقیقاتی در جریان ویزیت ولسوالی معلومات حاصله را مطالعه نموده وسعت همکاری های سایر سکتورها را تعین اندازه خواهند نمود. بهر حال اگر نوعیت و خصوصیت معلومات مورد نظر قبلاً تعین شده بتواند تا پرسونل صحی ولسوالی برای تیم تحقیقاتی آنرا تهیه داشته و در شروع ویزیت آنرا بدست رس ایشان بگذارد کار بهتر خواهد بود.

- اگر ساحه صنعتی باشد در ینصورت تیم تحقیقاتی برای مطالعه وضع و شرایط کار کارگران از فابریکه دیدن بعمل آورده تا نظری راجع به اوضاع صحتی آنها بدست بیاورند.

سوالات ذیل از هر سکتور پرسان شده می تواند:

- \* در ساحه کار شما کدام يك از پروگرام ها دارای تأثیراتی بالای صحت مردم میباشد؟
- \* آیا شما در کدام وقت بامسؤولین امور صحتی در طرح پلان و تطبیق پروگرام های صحتی همکاری نموده اید؟
- \* بکدام شکل و متود؟
- \* آیا شما کدام پروگرام تربیوی در مورد تنویر پرسونل خود در مسایل صحتی رویدست دارید؟
- \* اگر جواب بلی باشد پروگرام مورد نظر را کی سازمان میدهد؟
- \* آیا کدام گروپ خاص نفوس وجود دارد که بیشتر از دیگران مورد، توجه قرار بگیرد؟
- \* اگر چنین باشد پس آنها به کدام گروپ ها تعلق می گیرد؟
- \* گروپ های فوق در کجا موفقیت حاصل نموده و به چه اندازه بزرگ می باشند؟

#### انسجام بین سکتورها:

تیم تحقیقاتی بر علاوه شناسایی پروگرام های مختلف جوانب تطبیقی پروگرام ها و انسجام بین المللی آنها را نیز بررسی باید نماید تا دیده شود که مجموع این همه پروگرام ها چگونه باعث ارتقای صحت و سلامت مردم می شود. سوالات زیر پرسان می شود که:

- این پروگرام آیا کدام انسجام در بین خود دارند؟
- آیا کدام میکانیزم وجود دارد که سکتورهای مختلفه تأثیرات صحتی این پروگرام هارا تحت مطالعه قرار داده باشند؟

- کارکنان صحتی چطور می توانند توجه سایر سکتور ها را در ساحه صحت جلب نمایند؟

آیا کدام مثال بر جسته، وجود دارد که در آن سایر سکتورها در طرح پلان و تطبیق پروگرام های خود عواقب صحتی پروگرام های خود را در نظر گرفته باشند؟ آیا کدام تصمیم مشترك در جهت تطبیق پروگرام های مختلفه سکتورها وجود داشته که محراق توجه، آن بالای بهبود سویه صحت و سلامت معطوف شده باشد؟ اعضای تیم تحقیقاتی باید سطح آگاهی مسؤولین سکتورها را به ارتباط تأثیرات صحتی پروگرام های ایشان مورد بررسی و همچنان روش و تعهدات آنها را در قسمت همکاری و هم آهنگ سازی صحت مردم تحت مطالعه قرار بدهد.

#### اشترک مساعی جمعیت

درین سویه تیم تحقیقاتی در جستجوی مثال زنده اشترک مساعی در انکشاف صحت مردم میبیرآید. تیم تحقیقاتی باید در مورد اینکه آیا نمائندگان مردم در پروسه پلان گذاری و اجراات پروگرام ها مربوط به

انکشاف امور اجتماعی و اقتصادی سهم گیری مینمایند یا نه تتبع کنند. آیا میکانیزم اشتراك مساعی جمعیت که در سویه ملی مورد بحث قرار گرفت واقعاً در سطح ولسوالی نیز مورد تطبیق قرار گرفته است؟ آیا در سویه ولایت نمایندگان جمعیت در امور انکشاف عمومی و صحی فعالیت دارند؟ آیا مسئولین امور ولسوالی از کدام تدابیر خصوصی مثلاً ارتباطات جمعی در ارتقای اشتراك مساعی بغرض بهبود وضع صحی مردم استفاده مینمایند یا خیر؟ اگر جواب بلی باشد پس چطور، چوقت و توسط کی این همه تدابیر تحت اجرا قرار داده می شود؟

#### مطالب زیر مثال های برجسته اشتراك مساعی جمعیت میباشد:

- آیا در جمعیت کدام گروه خاص وجود دارد که فعالیت های صحی را پیش ببرد؟
- کدام یکی آن ها برای مثال: گروه زنان، گروه های دینی سازمان جوانان و غیره مثال بدهید.
- آیا ماموران صحی ولسوالی در بهبود امور با ایشان مشوره می نمایند؟
- آیا پروگرام ها باین گروه بصورت مشترک انکشاف داده می شود؟
- آیا این پروگرام انسجام یافته است؟

#### تیم تحقیقاتی باید روش مطالب زیر جستجو نماید:

\* روابط مسئولین شفاخانه با مردم در جمعیت

\* آیا منابع از طرف جمعیت تهیه می شود (نقد یا جنس)

همچنان تیم تحقیقاتی در جستجوی شواهد بیشتر اشتراك جمعی مردم با پروگرام های صحی بپردازد. نکات مهم عبارت خواهد بود از اینکه تا بحال کدام تصمیم حکومتی در اثر مداخله و یا تقاضای مردم تعدیل و تغیر یافته است. آیا این وقایع از طریق ارتباطات جمعی به اطلاع مردم رسانیده شده است؟

#### ساختار تشکیلاتی و روش عدم تمرکز

در بررسی ساختار تشکیلاتی در سویه ولسوالی (ناحیوی) دو جوانب باید در نظر گرفته شود:

الف - کدام مؤسسات و یا سازمان ها خدمات صحی عرضه مینمایند؟

ب - امور عرضه خدمات صحی چطور بین ایشان انسجام داده شده است؟

تیم تحقیقاتی چارت تشکیلات را مطالعه کند که کدام تیم صحی در ولسوالی وجود داشته و چطور مؤسسات و سازمان های مختلفه در پلان گذاری ناحیوی اشتراك مساعی مینمایند.

بعداً روی پرابلم عایده به ارتباط ساختار تشکیلاتی بحث نموده و مطالعه نمایند ادغام پروگرام های صحی چه تأثیری بالای آنها وارد نموده است.

تیم تحقیقاتی در جریان مباحثه روی ساختار تشکیلاتی بررسی نماید که سویه مرکزی صلاحیت کافی و مسؤولیت لازمه به همه شعبات و افراد به سویه ولسوالی اعطا نموده است. آیا تیم صحی مثلاً آمر صحی احساس میکند که در اجرائی امور روزمره طرز العمل های دفتر داری (بیروکراتیک) موانع ایجاد نموده است؟ سویه ملی به کدام پیماننه در عرضه خدمات صحی رهنمودها میدهند؟ آیا بالاتر نیازمندی های ناحیوی در پالیسی صحی ملی تغییر یا تعدیل بوقوع پیوسته است؟ آیا مقامات ولسوالی در تغیر و تبدیل پرسونل صلاحیت دارند؟ آیا سازمان های محلی در توزیع سهمیه مالی کدام صلاحیت دارند؟

توجیهه مجدد پرسونل صحی به مراقبت های صحی اولیه موضوع دیگر است که باید تیم تحقیقاتی آنها در نظر بگیرد. چه نوع میکانیزم اداری ویا تشکیلاتی بیان آمده و آیا این میکانیزم مشورت را با سویه ملی و مراکز صحی دیگر دربر دارد؟ علاوه تیم تحقیقاتی درجه خود اختیاری پرسونل صحی را در تطبیق مراقبت های صحی اولیه نیز بررسی نمایند برای مثال آیا پرسونل صحی صلاحیت دارند که اهداف عمومی و خصوصی (تارگیت) مراقبت های صحی اولیه را ترتیب و پلان عملیاتی را طرح و تطبیق آنها روی دست بگیرند؟ آیا این طرز العمل مطابق پالیسی صحی ملی میباشد.

### پلان گذاری و منجمنت

در مورد هر يك از ارکان مراقبت های صحی اولیه به سوالات زیر جواب ارایه شود:

- پلان گذاری چگونه طرح و ترتیب می شود؟
  - پلان گذاری توسط کی صورت می گیرد؟
  - آیا برای طرح پلان کدام شخص مسؤول در سویه ولسوالی وجود دارد؟
  - اهداف عمومی و اهداف خصوصی (تارگیت) پروگرام های آن چه میباشد؟
  - آیا تکنالوجی مورد استفاده در پروگرام مشخص و تعیین شده است؟
  - آیا نیازمندی پرسونل، تسهیلات، وسایل نقلیه سامان و لوازم مطالعه و بررسی گردیده است؟
  - آیا کدام پروگرام بودجوی تفصیلی و کدام سیستم واری و ارزیابی وجود دارد؟
- بعداً يك توضیح مختصر در مورد دستاورد های هر يك از ارکان مراقبت های صحی اولیه، پرابلم های عایده و پلان جهت رفع آن از طرف تیم تحقیقاتی داده شود. مثلاً آیا برای رجعت مریضان کدام سیستم موجود است.

آیا درین ناحیه کدام تیم منجمنت وجود دارد؟ اگر چنین باشد کی ها در آن مشارکت دارند؟ وظایف ایشان چیست (مثلاً در نظارت) و برنامه ای کار دارند؟

## بودجه سازی و منجمنت امور مالی

به این موضوع بی نهایت پراهمیت نادرأ توجه در خور حال ان معطوف می شود. تیم تحقیقاتی بالای درجه عدم مرکزیت منجمنت امور مالی خدمات صحتی توجه خود را معطوف میسازد. البته روحیه عدم تمرکز اداره مرکزی پلان گذاری با اختصاص سهمیه های مالی متفاوت به ولسوالی های مختلفه مطابق احتیاج ایشان بررسی شده می تواند. تیم تحقیقاتی باید مطالب زیر را تجسس نماید:

- آیا در جریان بودجه سازی سالانه با ایشان مشوره صورت گرفته است؟
- کدام فعالیت قسمت اعظم بودجه سالانه را بخود اختصاص داده است؟
- آیا این تخصیصه های بودجی با اولویت های ملی و ساحوی ارتباط داشته وسازگار میباشد.
- تفصیل پروگرام بودجی در سوبه های ملی و محلی بدست پرسونل مسؤل باید قرار داشته باشد. معلومات اضافی در مورد پالیسی عدم تمرکز با این سوال بدست آمده می تواند که: کدام يك از اعضای تیم منجمنت اختیار مصارف مالی را در وقایع عاجل داشته وآیا در در جمع آوری منابع مالی صلاحیت دارند؟

### پرسونل صحتی:

هدف درین جاه اینست که کدام کتگوری پرسونل چطور به تسهیلات صحتی تقسیم و توزیع یافته آیا این توزیع به اساس نیازمندی ها صورت گرفته است. تیم تحقیقاتی توزیع پرسونل را باید به تفکیک تسهیلاتی صحتی وانواع پرسونل مطالعه نموده تعیینات دفتر تشکیلات مرکزی را با استخدام واقعی پرسونل در داخل پروگرام در شرایط ساحه مقایسه نماید تا دیده شود که تعیینات چقدر روی واقعیت صورت گرفته است. موضوع استخدام منصفانه پرسونل با تسهیلات صحتی مختلفه نیز بررسی گردد تا دیده شود که کدام ساحه بدون عرضه خدمات صحتی باقی نه مانده باشد.

### جدول ۲۱: استخدام پرسونل در تسهیلات صحتی مختلفه

پرسونل	شفاخانه	مرکز صحتی	مرکز صحتی	مرکز فرعی	مرکز فرعی
داکتر نرس و غیره جمع پرسونل	ولسوالی	(۱)	(۲)	(۱)	(۲)
تعداد نفوس که خدمات صحتی برایشان عرضه شده است.					

معلومات حاصله در جدول ۲۱ خانه پری شود. همچنان تیم تحقیقاتی از مسئولین امور صحتی پرسان نماید که کدام پلان ویا تدابیر جهت از بین بردن کمبود پرسونل صورت گرفته ویا کدام تغییرات ذاتی در نظم استخدام پرسونل به میان آمده است. آیا درین تعینات موضوع سوبه علمی پرسونل در نظر گرفته شده است یا خیر؟

پرابلم های عام استخدام و منجمنت پرسونل مخصوصاً در خارج از شهر ها و پایتخت مملکت باید شناسایی شود. مخصوصاً به آن عوامل که باعث ایجاد نقص در روحیه و انگیزش (تشویق) پرسونل می شود توجه جدی صورت بگیرد. برای مثال آیا برای کسانی که در مناطق روستایی دور افتاده ایفای وظیفه میدارند کدام نوع معاش تشویقی وجود دارد؟ و آیا برای این پرسونل سیستم ترفیع و ارتقای سوبه خاص موجود است یا خیر.

### تعلیم و تربیه

تنظیم و ترتیب يك پروگرام تربیوي فعال نشانه يك سیستم مراقبت های صحتی اولیه مؤفق و پیش رونده بوده و درین مورد مطالب آتی باید مورد بحث قرار بگیرد:

- کدام کتگوری های پرسونل تا به حال تحت تربیه قرار گرفته اند؟
- آیا توجه مناسب و مساوی به همه کتگوری ها مبذول داشته شده است؟
- آیا این پروگرام تربیوي به شکل تیم پیش برده شده است؟
- کدام موضوعات درین پروگرام تربیوي تدریس گردیده است؟
- پروگرام های تربیوي را کی پلان وکی انرا مورد تطبیق قرار میدهد؟
- علاوتاً تفصیل پروگرام های تربیوي داخل خدمت در جریان سال گذشته به شمول نوع و تعداد کورس های تربیوي و کتگوری پرسونل تربیه یافته باید ترتیب و تنظیم گردیده و معلومات زیر نیز بدست بیاید:
- نیازمندی های برجسته پروگرامهای تربیوي داخل خدمت کدام است؟
- کدام فیصدی گروپ های خاص پرسونل ازین پروگرام تربیوي استفاده نموده اند؟
- کدام عوامل بالای نصاب تعلیمی کورس های تدویر یافته تأثیر داشته است؟
- علاوتاً تیم تحقیقاتی باید تدقیق نماید که آیا مسئولین امور صحتی در طرح و تطبیق پروگرام های تربیوي ترتیبات لازمه را رویدست گرفته اند یا خیر.

- آیا مؤسسات تعلیمی صحتی در ناحیه مربوط فعالیت دارد؟
- آیا شفاخانهء ولسوالی در تدویر پروگرام های تربیوي اشتراك مساعی مینماید؟
- آیا پروگرام تربیوي مطابق به نیازهای وظیفوی ایشان تدویر یافته است؟
- آیا پروگرام های تربیوي مشترك توسط چند پروگرام تدویر یافته است؟

## رول، فعالیت و دست‌رسی به تسهیلات صحتی

مقصد عمده این قسمت بررسی، دریافت گروه‌های نفوس در ساحات که خدمات صحتی طور مناسب عرضه نمی‌شود به شمول مطالعه سطح استفاده بهتر از تسهیلات صحتی می‌باشد.

همچنان معلومات در مورد نوع، تعداد توزیع، تسهیلات صحتی عامه و غیر دولتی که در ناحیه اجرای وظیفوی میدارند جمع آوری گردد. درین مورد سوالات زیر باید پرسان شود:

- آیا مقامات اداری ولسوالی بصورت دقیق ساحه پوشش هر يك از تسهیلات صحتی را میدانند؟
- آیا وظایف هر يك از تسهیلات بصورت تحریری موجود است؟
- آیا بین تسهیلات صحتی دولتی و سازمان‌های خیریه انسجام کار وجود دارد؟
- آیا تسهیلات صحتی بصورت منصفانه توزیع یافته و بصورت مناسب در مراکز تجمع و ازدحام مردم از نگاه دست‌رسی به وسایل حمل و نقل و مخابرات توقیع یافته است؟
- آیا برای رجعت مریضان ترتیبات لازمه صورت گرفته است؟
- آیا شفاخانه ولسوالی پروگرام‌های مراقبت‌های صحتی اولیه را حمایت می‌کند؟
- آیا پروگرام‌های صحتی ساحوی و خدمات طب و قایوی عرضه میدارد؟
- آیا معلومات حاصله سویه‌های پایین‌تر (محیطی) را تعبیر و تغییر نموده و نتایج آنرا دوباره به مرجع اولی آن انتقال می‌دهد؟
- آیا کیفیت خدمات عرضه شده را تحت واریسی قرار می‌دهد؟

### ۳- منجمنت وظیفوی پروگرام

تیم تحقیقاتی در مورد چگونگی تطبیق هریک از ارکان مراقبت های صحتی اولیه در سویه ولسوالی مطالعه و تدقیق مینماید. درین مورد سوالات زیر باید پرسان شود؟

- این پروگرام ها توسط کی و چطور اداره و تنظیم می آید؟

- آیا درینجا ترتیبات لازمه برای نظارت و ارزیابی وجود دارد؟

علاوتاً تیم مطالعاتی بالای موضوعات بس مهم از قبیل تعلیمات صحتی و سیستم اطلاعاتی صحتی فعالیت های کنترول ووقایه امراض ساری توجه مبذول می دارد.

جمع آوری معلومات تفصیلی بغرض توضیح ساحات مورد علاقه مخصوصاً منجمنت پروگرام های خاص به شمول استقرار ارتباطات بین پرسونل مرکزی و محیطی خیلی ضروری میباشد. البته در هنگام ترتیب سفارشات تیم مطالعاتی راه های حل را که توسط پرسونل صحتی ناحیه صورت می گیرد در نظرباید بگیرد.

### نظارت

کیفیت و ساحه پوشش نظارت پروگرام های مراقبت های صحتی اولیه را در ناحیه تحت مطالعه قرار بگیرد. آیا درینجا يك سیستم خوب نظارت موجود است؟ یکی از نشانه های نظارت خوب عبارت از موجودیت پلان برای نظارت میباشد.

### جدول ۲۳ - این جدول کثرت نظارت را نشان میدهد

تسهیلات صحتی	نمبر ناحیه	تعداد ویزیت ها توسط پرسونل صحتی در ۱۲ ماه گذشته
مراکز صحتی اساسی	از ۱۲ بزرگتر	۱۱ - ۶
سازمان های صحتی غیر دولتی		۵ - ۵
مراکز صحتی فرعی		۲ - ۱
مراکز صحتی جمعیت		صفر
کارگران صحتی دهاتی		
دایه های محلی		



**جدول ۲۳: این جدول فعالیت های تعقیبیه را پس از فریزیت های نظارتی نشان میدهد.**

تسهیلات صحی	پرابلم های شناخته شده	تدابیر اتخاذ شده	سویه که تدابیر در آن اتخاذ شده است
مراکز صحی اساسی	استفاده ناقص و نا مطلوب بنابر ساعات کار	تأسیس کلینک های شبانه برای حمایه طفل و مادر نا مساعد	مراکز صحی
سازمان های غیر دولتی	استفاده از برنامه واکسیناسیون غیر استاندارد	دلایل ستاندرد با دلایل برنامه پرسونل مورد بحث قرار گرفت	رجعت به سازمان های غیر دولتی انسجام دهنده برای تعقیب
کمیته های صحی جمعیت	از کلیه جوانب صحی آگاه نبود. از نیرو هیچگونه حمایت صورت نگرفته و کدام رول فعال بازی نداشت.	با رئیس کمیته بحث شد و پروابلم به کمیته انکشافی ناحیه رجعت داده شد.	کمیته انکشافی ناحیه برای تنبیه و تحریک جلسات را دایر مینماید.

تفصیل این نوع ترتیبات بر اساس موقعیت و پراگندگی تسهیلات صحی و تعداد سوپروایزرها از يك منطقه تا منطقه دیگر تفاوت مینماید تیم مطالعاتی این موضوع را بررسی مینماید که آیا سیستم موجود نظارت به اندازه کافی تبادل اطلاعات را بین آمرین پروگرام های مرکزی و واحدهای صحی محیطی برقرار می سازد. (جدول ۲۲ را ملاحظه کنید).

نشانه خوب دیگر نظارت عبارت از موجودیت و استفاده از لایحه وظیفه، چك لست فعالیت ها و راپور های نظارتی میباشد. تیم تحقیقاتی باید انواع پروابلم های را که پس از ویزیت های نظارتی شناسایی شده تحقیق نماید. اعضای تیم تحقیقاتی همچنان تأثیرات ویزیت های نظارتی را از سویه مرکزی بررسی مینماید (جدول ۲۳ را ملاحظه کنید) در مورد بهبود وضع نظارت باهم مباحثه کنید و ببینید که ویزیت های نظارتی در راه حل پروابلم ها کمک نموده است. یاخیر؟

### تهیه و تدارکات

این قسمت مرور مراقبت های صحی اولیه به موضوع مهم مانند بررسی سیستم تهیه و تدارک سامان و لوازم در سویه ولسوالی به این مفهوم که آیا این سیستم واقعاً نیازمندی های صحی مردم ناحیه را بر آورده ساخته می تواند، علاقمندی پیدا مینماید.

در يك تعداد زياد ممالك تهيه و ترتيب لست ادويه اساسي، حمل و نقل سامان و لوازم به تحويلخانه مركزي صحي اساسي ويا تسهيلات صحي محيطي (مراکز صحي فرعي) از وظايف و مسؤوليت هاي آمرين اداري ناحيوي مي باشد او بايد اطمينان حاصل نمايد كه ادويه و واكسين هاي مورد ضرورت در طول سال در مراكز صحي اساسي و فرعي موجود بايد باشد. نقش مسؤلين امور اداري ناحيه را در توزيع سامان و لوازم دوايي مطالعه نموده تا اگر مشكل در آن موجود باشد در رفع آن اقدام شده بتواند. درين مورد به سوالات زير بايد پاسخ گفت:

- آيا در ناحيه كدام تحويلخانه دوايي وجود دارد؟
- آيا اين تحويل خانه كدام مانعه را در توزيع سامان و لوازم ايجاد مينمايد؟
- در جريان سال چند مرتبه سامان و لوازم از تحويلخانه مركزي به اين تحويلخانه ميرسد؟
- آيا پرسونل مركز صحي براي تهيه سامان و لوازم به مركز مي روند؟
- آيا اين سفر ها مطابق تقسم اوقات كار صورت مي گيرد؟
- آيا فعاليت هاي پيش بيني شده در پلان بنابر كمبود ادويه، واكسين وغيره وسايل ضروري به اخلاف مواجهه شده است؟

منابع مالي براي تهيه و تدارك سامان و لوازم دوايي هميشه محدود بوده فلذا مسؤلين امور مراكز صحي اساسي بايد تضمين نمايند كه سامان وسايل دوايي دست داشته بصورت مؤثر مورد استفاده قرار گرفته است. اين سيستم طوري تنظيم شود كه پرايلم هاي عايده را پيش بيني نمايد. تحويلخانه دوايي درمركز صحي به كثرت هرچه بيشتر را به صورت منظم ويزيت شود تا كفايت ذخيره وي تحويلخانه وقتاً فوقتاً از نگاه مصونيت مطالعه شده و از ضايعات مواد دوايي جلوگیری بعمل آمده و از كمبود هاي آنی وبدون پيش بيني مواد دوايي اطلاع يابی صورت بگيرد. بنا بران از طريق مشاهدات و مباحثات پرايلم هاي موجود شناسایی شده و راه های حل آن جستجو گردد. یکی از نشرات مفيد كه تمام جوانب لجستيك را مورد مطالعه قرارمیدهد عبارت از نشریه SHS/85.9 سازمان صحي جهان بوده كه بنام «How to assess health services logistics with particular reference to peripheral health facilities» یاد می شود. اين نشریه را از سازمان صحي جهان بدست آورده مي توانيد.

### اركان خصوصي مراقبت هاي صحي اوليه

تيم مطالعاتي بايد در عمق اولويت هاي تخنيكي پروگرام ها را مطالعه كند. براي نيل به اين كار درين سويه عرضه خدمات صحي سوالات مناسب و متود هاي سروبي را انتخاب نمايد. اين مرور مخصوصاً متوجه بررسي موازنه است كه بين پرسونل و منابع ديگر مالي در سويه ناحيه برقرار شده است.

يك لست از معياريات كليدی ذيلاً آرايه گرديده است. در مورد هر معياريك مثال اظهار بداريد اگر سوالات دو سه سال گذشته را دربر بگيرد درين صورت امكانيت آن وجود دارد كه روند يا ميلان معيار نيز تعين و مشخص گردد.

۱- تعداد مردم كه در داخل منزل ويا در يك فاصله پياده روي مناسب داراي آب مشروب صحتي ميباشند تقسيم مجموع نفوس در ناحيه ضرب در  $100 = \frac{\quad}{\quad} \%$

۲- تعداد نفوس با تسهيلات كافي جهت رفع فضلات انساني تقسيم مجموع نفوس ضرب در  $100 = \frac{\quad}{\quad} \%$

۳- تعداد واكسيناسيون كه در جريان پنجساله گذشته بالاي اطفال كمتر از يك ساله و زنان حامله تطبيق شده است.

جدول زير را ملاحظه كنيد:

واكسيناسيون ها	۱۹۰۰	۱۹۰۰	۱۹۰۰	۱۹۰۰	۱۹۰۰ ميلان
بي سي جي					
دي پي تي - ۱					
دي پي تي - ۲					
دي پي تي - ۳					
پوليو - ۱					
پوليو - ۲					
پوليو - ۳					
سرخكان					
تيتانوس تاكسايد - ۱					
تيتانوس تاكسايد - ۲					
تعداد ولادت ها					
نفوس مورد نظر					

۴- تعداد مردم كه به خدمات صحتي محلي وادويه ضروري دست رسي دارند تقسيم مجموع نفوس ضرب در  $100 = \frac{\quad}{\quad} \%$

درينجا معياريات زير مورد بحث قرار مي گيرد:

- موجوديت تسهيلات معالجي براي امراض عام و جروحات.
- تهيه وتدارك منظم ادويه ضروري به تمام حصص مملكت.
- آيا در فاصله يك ساعت پياده روي كدام تسهيلات صحتي بغرض استفاده هرفرد در ولسوالي وجود دارد؟ (اگر ارقام بالاي وقت سفر به مركز صحتي موجود نباشد پس فاصله با مركز صحتي به وقت تعديل يافته مي تواند).

۵- تعداد متوقع ولادت ها (n) در ناحیه میزان تولدات ناخالص ضرب در نفوس در يك سال

۶- تعداد زنان حامله که توسط پرسونل تربیه یافته معاینه شده  $x(n) \times 100 = \frac{\text{تعداد زنان حامله}}{\text{تعداد پرسونل تربیه یافته معاینه شده}} \times 100$   
این ارقام به تفکیک محل عرضه خدمات صحی (خانه یا مرکز صحی) و نوع پرسونل نیز محاسبه شده می تواند.

۷- تعداد ولادت های که توسط پرسونل تربیه یافته (درخانه یا شفاخانه) نظارت شده تقسیم (n) ضرب  
 $\frac{\text{تعداد ولادت های نظارت شده}}{n} \times 100 =$

۸- تعداد اطفال کمتر از يك ساله که توسط پرسونل تربیه یافته معاینه شده تقسیم (n) ضرب  $100 \times \frac{\text{تعداد اطفال کمتر از يك ساله معاینه شده}}{n} =$

۹- تعداد اسناد قابل نگهداشت در منزل (چارت نشو و نما، کارت واکسیناسیون)  
تقسیم (n) ضرب  $100 \times \frac{\text{تعداد اسناد قابل نگهداشت در منزل}}{n} =$

۱۰- فیصدی کودکان نوزاد دارای وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرام  $\frac{\text{تعداد کودکان نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرام}}{\text{تعداد کل نوزادان}} \times 100 =$

۱۱- فیصدی اطفال کمتر از پنجساله که پایین تر از ارزش ریفرانس وزن برای عمر قرار دارند  $\frac{\text{تعداد اطفال کمتر از پنجساله با وزن پایین تر از ریفرانس}}{\text{تعداد کل اطفال کمتر از پنجساله}} \times 100 =$

۱۲- تعداد واقعات اسهالات در اطفال کمتر از پنجساله تقسیم مجموع نفوس اطفال کمتر از پنجساله ضرب در  $100 \times \frac{\text{تعداد واقعات اسهالات}}{\text{مجموع نفوس اطفال کمتر از پنجساله}} =$

۱۳- تعداد اطفال کمتر از پنجساله که با اوارس تداوی شده تقسیم به تعداد واقعات اسهالات در اطفال کمتر از پنجساله ضرب در  $100 \times \frac{\text{تعداد اطفال کمتر از پنجساله تداوی شده}}{\text{تعداد کل اطفال کمتر از پنجساله}} =$

۱۴- تعداد اطفال کمتر از پنجساله که با خانگی تداوی شده تقسیم تعداد اطفال کمتر از پنجساله مبتلا به اسهال ضرب  $100 \times \frac{\text{تعداد اطفال کمتر از پنجساله تداوی خانگی شده}}{\text{تعداد کل اطفال کمتر از پنجساله مبتلا به اسهال}} =$

## وسایل نقلیه

سطح آگاهی آمرین اداری ناحیه درباره پالیسی ملی ترانسپورت و تطبیق آن در عمل از طرف تیم مطالعاتی تحت بررسی قرار بگیرد. هدف بررسی فوق اینست که آیا از تمام عراده جات استفاده مطلوب شده و همه آن بشکل ستاندرد تحت حفظ و مراقبت قرار دارد. در عین حال پیش بینی های بودجوی جهت خریداری وسایل نقلیه جدید نیز صورت گرفته و مطالب زیر نیز باید تحت بررسی قرار بگیرد:

- آیا فعالیت های پروگرام های مختلفه مراقبت های صحتی اولیه از کمبود وسایل نقلیه به رکود مواجهه نه شده است؟

- آیا این اخلاف از اثر نبودن پتروول بوده ویا از سبب عدم موجودیت پول برای پرداخت ترمیمات عاجل وسایل نقلیه؟

### سوالات مناسب دیگر که در زمینه پرسان می شود عبارتند از:

- آیا وسایل نقلیه اختصاصی در خدمت پروگرام های خاص قرار دارند؟
- آیا این وسایل نقلیه اختصاصی در پروگرامهای دیگر از آن استفاده شده می تواند؟
- در صورت که نسبت مشکلات در ترانسپورت اخلاف وارد شود کدام راه حل دیگر سفارش شده است؟

## وارسی و ارزیابی

تمام مؤسسات صحتی ولسوالی ونواحی مختلفه در جمع آوری تحلیل واستفاده از معلومات سیستم اطلاعات ملی سهم می گیرند. البته این مطالعه سیستم اطلاعاتی صحتی در سویه ملی بالای بعضی پرابلم ها روشنی کافی انداخته تا در تطبیق پروگرام های صحتی اخلاف وارد نشود. اسباب این پرابلم ها در هر سویه خاصاً در سویه محیطی باید جستجو شود. برای مثال اگر راپور های مرکز صحتی در وقت و زمان معینه اش به مرکز ارسال نشود دلایل آن مورد بررسی قرار بگیرد. کدام دلایل در زمینه تأخیر راپورها وجود دارد؟ آیا کدام نقیصه در ارسال راپورها از مرکز صحتی به مرکز وجود دارد ویا سیستم اطلاعات صحتی به ذات خود کدام پرابلم دارد که جهت رفع آن باید شناسایی شود؟ آیا این سیستم خیلی مغلق ومشکل میباشد ویا کسان که در راپور دهی اشتراك مساعی مینمایند به درستی ووضاحت میکانیزم آنها درک نه مینمایند؟ آیا سیستم اطلاعات در پروگرامهای دیگر مراقبت های صحتی اولیه چطور عمل مینماید؟ چه نوع معلومات دیگر باید جمع آوری شود (ارقام از بررسی سروی خاص و پروژه های ریسرچ)؟

یکی از پرابلم های عام سیستم اطلاعات صحي اینست که ارقام همیشه جمع آوری می شود اما غالباً تحلیل نشده و مورد استفاده قرار نمی گیرد. ازینرو تیم مطالعاتی خود را مطمئن بسازد که معلومات جمع آوری شده برای مقاصد پلان گذاری و در راه منجمنت پروگرام از آن استفاده بعمل آمده و نتایج تحلیل و بررسی مرکزی اولاً به سویه ناحیوی (مراکز صحي درلسوالی ها) ابلاغ شده وبعداً به مراکز فرعی گسیل گردد تا باین ترتیب همه کسان که در جمع آوری اطلاعات و ارسال آن سهم گرفته اند از نتایج آن نیز مطلع شده و يك نظر کلی راجع وضع عمومي سیستم اطلاعات صحي در سراسر مملکت بدست بیاورند. باین ترتیب همه کسان که در مرحله اول در جمع آوری اشتراك مساعي میدارند تشویق شده تا اینکار خود را ادامه بدهند. اگر در مقابل کدام مشکل ویا پرابلم عاید شود موضوع تحت مباحثه قرار گرفته تا دلیل آن دریافت شده و راه حل آن جستجو شود. در نواحی که ممکن باشد ارقام احصایوي برای چند سال جمع آوری شده تابدین ترتیب میلان (روند) سیر وقوعات امراض وپرابلم های صحي مطالعه شده بتواند. اگر ارقام چندین ناحیه بدست رس باشد می توان از آن ها گراف ها ترتیب تا بصورت مقایسوي مورد مطالعه قرار بگیرد. علاوهً غمایش ارقام به شکل گراف ها و چارت ها نشانه این حقیقت است که ارقام بصورت تازه جمع آوری شده در وقت معینه آن مورد تحلیل قرار گرفته وشاید از آن در پلان گذاری و اداره نیز استفاده شده میتواند.

## سویه مراکز صحی

بخش ۴

## مقدمه

قسمت های آتی مثال های خوب را بدست رس می گذارد تا اعضای تیم مطالعاتی در هنگام ترکیب سوالات پرسشنامه (برای اجرای مصاحبه خود) در سطح مراکز صحتی آنها در نظر بگیرند. درین عملیه به سوالات کوتاه ساده و سوالات بسته (که صرف يك جواب معین دارد) ترجیح داده میشود. از سوالات باز (که چندین جواب ممکنه داشته می تواند) و مغلق خودداری شود. در صورت امکان جوابات آن قبلاً کود (شفر) شود تا در تحلیل متعاقب آن سهولت ایجاد شده بتواند. بهرحال شاید در اخیر هر پرسشنامه يك سوال عمومی، بغرض بررسی باز، از مصاحبه شونده پرسان می شود تا به پرسونل اجازه داده شود که نظریات مهم خود را در مورد کار خود ابراز نموده بتوانند.



## ۱- مظاهر دموگرافیک ساحه رسیدگی (Catchment area)

این قسمتت مرور به بررسی دانش کارگران صحنی در مورد مشخصات جغرافیایی و صفات اختصاصی ساحه رسیدگی، موقعیت واحدهای مختلف صحنی به ارتباط مرکز صحنی اساسی پروفیل های صحنی و اجتماعی مخصوصاً مشخصات گروه های خاص مورد نظر ارتباط حاصل مینماید (جدول ۲۴ را مطالعه نمایید)

درین مورد سوالات زیر باید پرسان شود:

- آیا شما کدام گروه خاص مورد نظر را برای اولویت های پروگرام خود میدانید؟
- چند نفر زن حامله و واجد شرایط فامیلی پلاننگ در ساحه رسیدگی وجود دارد؟
- این ارقام را چگونه میدانید؟
- آیا شما اسناد ویزیت های آنها را نگهداری مینمایید؟
- کدام گروه های خاص آسیب پذیر در ساحه رسیدگی شما وجود دارد؟
- در هر گروه چند نفر وجود دارند؟
- به کدام آفات (سوتغذی به فیصدی) مبتلا هستند؟

تیم تحقیقاتی از پرسونل مراکز صحتی تقاضای بدست آوردن يك نقشهء ساحه رسیدگی را مینماید که در آن محل تسهیلات صحتی جمعیت رانشان داده باشد. تیم تحقیقاتی از امر مرکز صحتی تقاضا بعمل بیاورد تا آن نقشهء را تهیه بدارد. آیا در مورد استخدام پرسونل کدام ستاندرده ملی وجود دارد در ینصورت استخدام پرسونل نورم های ملی در توافق قرار دارد؟ اگر نه پس چرا؟

جدول ۲۴: جدول که نفوس مراکز صحتی رادرساحه رسیده گی به تفکیک جمعیت وگروه سنی نشان میدهد:

جمعیت ها				نفوس
				شهری
				دهاتی
				جمع
				%
الف :				
ب :				
ج :				
جمع =				
گروههای معروض به خطر:				
اطفال کمتر از يك ساله				
۱ - ۴ ساله				
۵ - ۱۴ ساله				
زنان ۱۵ - ۴۵ ساله				

## ۲- تشکیلات خدمات صحتی

تیم تحقیقاتی سازماندهی امور صحتی را در ساحه خود با عرضه خدمات صحتی از طریق مراکز صحتی با توجه خاص در تطبیق ارکان مراقبت های صحتی اولیه در سویه بالاتر مورد مطالعه قرار بدهد. درین قسمت مثال های ارایه می شود که معلومات جمع آوری شده با مطالب که در سویه پایان تر یعنی سویه تطبیق پروگرام شنیده و دیده می شود مورد تأیید قرار می گیرد

### مراکز صحتی

سوال عمده درین قسمت بالای مراکز صحتی و فعالیت های آن و مخصوصاً ارتباط آن با واحدهای صحتی محیطی معطوف ساخته می شود. آیا این فعالیت جامع و منسجم میباشند؟ آیا خدمات ضروری به مردم عرضه شده می تواند؟ در تشخیص نیازمندی های صحتی مردم در جمعیت چقدر توجه معطوف ساخته شده است؟ تیم تحقیقاتی راجع به سازمان و تشکیلات سیستم صحت عامه محلی از پرسونل طالب معلومات زیر می شوند:

\* تعداد مراکز صحتی ثابت در ساحه رسیدگی.

\* تعداد تیم های سیار.

\* تعداد پوسته های صحتی.

\* تعداد دایه های محلی تربیه یافته.

\* تعداد تسهیلات صحتی مربوط به سازمان های صحتی غیر دولتی.

\* تعداد تسهیلات صحتی شخصی .

در میان تمام این واحد های صحتی چقدر تبادل نظر و تجربه جهت همکاری موجود است؟ آیا تمام افراد جمعیت به خدمات صحتی ضروری و به خدمات رجعتی در شفاخانه ها دست رسی دارند؟ آیا مرکز صحتی از نگاه تجهیزات فزیک، پرسونل، سامان و لوازم بقدر کافی مجهز می باشد تا قادر به اجرای نظارت شده و در عین حال مریضان رجعتی را بپذیرند؟

در ممالك كه وزارت صحت عامه نقشه تعميرات مراكز صحى را بشكل ستاندرد تهيه نموده تيم مطالعاتى تعمير مراكز صحى را با نقشهء ستاندرد مقايسه مينمايد آيا درين طرح پلان فزيكى (نقشه تعمير) جريان رفت و آمد مريضان در داخل مركز صحى به سهولت پيش مى رود و کدام، مشكل (مانعه) درين قسمت ايجاد نمى شود؟ در مركز صحى چند بستر ولادى و بسترهاى ديگر وجود دارد؟ آيا تسهيلات راديو لوجيك وجود دارد؟ آيا اين تسهيلات چطور حفظ و مراقبت مى شوند؟

### سهم ساير سكتورها به صحت

سهم يا تأثير (مثبت يا منفى) پروگرام هاى ساير سكتورها بالاي صحت در سويه عرضه خدمات بوجه احسن مورد بررسى قرار مى گيرد. بخاطر بايد باشد كه حتى اگر يك فعاليت تقويتى صحت بخوبى مورد تطبيق قرار نگيرد خدمات صحى بصورت موثر نتيجه مطلوب را بدست نمى دهد. مثلاً تهيه روزمره نان چاشت يك مكتب كه اگر مردم آن مربوط گروپ معروض به خطر و يابى بضاعت نباشد کدام مفاد را در قبال نخواهد داشت. براى اينكه قادر شويم تا سوالات را در مورد جوانب تطبيقى پلان سكتورهاى مختلفه طرح نمايم بايد اسناد مهم ملى را خوانده و معلومات مهم آنرا بيرون نويس نموده تا در كلييه موضوعات پروسه انكشاف اقتصادى و اجتماعى ناحيه بخوبى وارد شده و از پرايلم هاى آن آگاهى داشته باشيم علاوه تيم مطالعاتى پروگرام هاى مشترك ديگر را كه به همكارى ساير سازمان ها تحت اجرا قرار داده شده فهرست بايد نمايند.

سوالات كه به پرسونل راجع مى شود اينست كه پرسونل صحى بكماد سويه در باره پروگرام هاى كه بصورت مشترك بايد تحت اجرا قرار بگيرند آگاهى دارند. تيم تحقيقاتى علاوه تيم بامنسوين ساير سكتورها مصاحبه نموده تا ديده شود كه از تأثيرات صحى پروگرام هاى خود اطلاع دارند ياخير. در عين حال روش و سلوك ايشان رادر همكارى با پروگرام هاى صحى بررسى نمايند. از منسوين پرسان شود كه آيا در جريان طرح پروگرام و تطبيق آن ملحوظات صحى پروگرام را در نظر گرفته بودند و اگر درين موضوع سفارشات در ميان باشد بايد ارايه نمايند. تيم تحقيقاتى همچنان فعاليت هاى ساير سكتورها و سازمان هاى غير دولتى را باهم انسجام و هم آهنگ ساخته كه بعضى از مثال هاى برجسته ذيل ارايه مى گردد:

سكتور زراعت ممكن يك پروگرام را مورد تطبيق قرار بدهد كه مطابق آن يك قسمت از مواد خوراكه براى مصارف صحى (بعوض صدور آن) نگهدارى مينمايد در حال كه سكتور صحت عامه در همان ناحيه پروگرام را در تعليمات تغذى و سرو يلاونس تغذى پيش مى برد.

همچنان يك پروگرام ساختمان بيت الخلاء هاى صحى و تهيه آبدان براى ذخيره آب در مكاتب توسط سكتور تعليم و تربيه روى دست گرفته مى شود درين پروگرام در مكاتب براى مردم تعليم داده مى شود كه از اين تسهيلات چطور استفاده مطلوب بدارند. تيم تحقيقاتى بايد بررسى نمايد كه اين همه پروگرام ها چقدر باعث بهبود وضع صحى مردم شده و آيا اين ها بصورت منسجم پيش رفته ويا بصورت پراكنده سبب پخش پيغام هاى متضاد مى شود. علاوه تيم تحقيقاتى بالاي پروگرام هاى صحى گروه هاى مردمان آسيب پذير ولو كه پروگرام هاى ايشان داراي كدام اهداف مشخص صحى هم نباشد و با اشتراك مساعى ساير سكتورها تحت اجرا قرار نگرفته باشد بايد عطف توجه نموده آنرا تحت مطالعه قرار بدهد. براى مثال دريك ناحيه پس از تعين قيم مواد غذايى ديده شود كه آيا واقعاً مردمان فقير و نادار از آن بهره مند ميشوند؟ آيا سكتور فوايد عامه در تعمير سرك اقدام نموده تا مردم به سهولت بيشتر به تسهيلات صحى رفت و آمد كنند.

موضوع مهم ديگر عبارت از انسجام فعاليت هاى بين سكتورى در سويه عملياتى (يعنى در سويه كه كار اجرا مى شود) ميباشد. درين مورد سوال هاى زير مطرح مى گردد مثلاً: آيا ميكانيزم وجود دارد كه در آن منسوين سكتور هاى مختلف پلان عملياتى خود را بصورت مشترك طرح نموده وسعى نمايند كه فعاليت هاى را كه باعث تأمين و تقويت صحت مى شود (در محل و وقت مناسب) تحت اجرا قرار بگيرد؟ اين ميكانيزم چطور بكار برده مى شود؟ آيا منسوين سكتورهاى مختلفه از اين همكارى رضايت خاطر دارند؟ آيا اين منسوين كدام پيشنهاد يا سفارش در زمينه بهبود همكارى هاى بين سكتورى دارند؟

#### اشترك مساعى جمعيت

اشترك مساعى در جمعيت يكى از مطالب مهم است كه سيستم صحت عامه را در جهت نيل به اهداف استراتيژى مراقبت هاى صحى اوليه دريك مملكت موفق مى سازد. اين گونه اشترك مساعى قسمتاً بالاي مساعى و توانايى پرسونل مركز صحى تعلق مى گيرد. تيم تحقيقاتى راجع به استراتيژى هاى كه پرسونل در تقويت اشترك مساعى جمعيت از آن كار گرفته اند معلومات دريافت بدارد از سرخط آيا پرسونل صحى در مجالس كميته دهاتى اشترك مى ورزند؟

آيا در مجالس سازمان زنان يا جوانان سهم مى گيرند؟

آيا ويزيت هاى ساحوى را انكشاف و تقويه مينمايند؟

آيا با مردم در جمعيت در تربيه كارگران صحى جمعيت و دايه هاى محلى اشترك مى ورزند؟

آيا در پيش امور صحى به ويزيت هاى خانكى مبادرت مى ورزند؟

کدام فعالیت های مرکز صحتی به مشورت رهبران جمعیت برنامه ریزی شده (مثلاً حمایه طفل و مادر، واکسیناسیون، فعالیت های تغذیه فعالیت های صحت محیطی) و کدام گروه در جمعیت واقعاً در فعالیت های صحتی اشتراك مساعی میدارند: زنان، جوانان، علمای مذهبی و غیره؟ آیا کدام يك از کمیته ها و گروه های فوق در پیش برد فعالیت های زیر متقبل مسؤلیت شده اند: تشخیص واقعات جذام، توریکلوز، سوء تغذیه ویا پروژه های آب رسانی، راپور دهی اپیدیمی ها، جمع آوری و پخش اطلاعات صحتی یا بسیج مردم برای کارهای صحتی، جمع آوری عانه برای پروگرام های صحتی، طرح وپی ریزی پلان ویا ساختمان بیت الخلاء؟ چه پیشرفت های در جریان دو - سه سال گذشته در تقویت اشتراك مساعی جمعیت صورت گرفته است؟ آیا کدام مثال زنده و برجسته اشتراك مساعی جمعیت موجود است؟ اگر چنین مثال موجود باشد آیا مؤفقاته تحت اجرا قرار گرفته است؟

### ۳- تطبیق پروگرام

این مبحث بالای بررسی پروگرام های مختلفه مراقبت های صحتی اولیه که از طریق مرکز صحتی عرضه می گردد. عطف توجه مینماید در حالیکه این قسمت به «منجمنت عملیاتی پروگرام ها» در بخش سوم (سویه ناحیه) ارتباط می گیرد اما درین مرحله به عملیات تأکیدبیشتر مینماید. بعضی از جوانب منجمنت پروگرام (بودجه و پلان گذاری) که در سویه های بالا توجه اعظمی به آن میذول داشته شده صرف در صورت که مرکز صحتی مسؤلیت آن را بدوش داشته باشد به آن تماس گرفته می شود. در غیر آن ارزیابی به ارکان کلیدی مراقبت های صحتی اولیه که عبارت در منجمنت عمومی پروگرام ها، تهیه و تدارکات، اطلاعات و موثریت پروگرام ها میباشد محدود و منحصر باقی مینماید.

### منجمنت عمومی پروگرام های مراقبت های صحتی اولیه :

عملیات عمومی پروگرام ها توسط مراکز صحتی به صفت اولین تسهیلات رجعتی با ارایه جواب به سوالات زیر مطالعه و مرور شود:

کدام يك پروگرامهای مراقبت های اولیه در جریان است؟

آیا اسناد پالیسی ملی در مورد این پروگرام ها در سویه مراکز صحتی موجود است؟

همچنان تیم مطالعاتی باید از ویزیت های نظارتی که از سویه بالاتر در جریان سه ماه گذشته توسط پرسونل مختلفه صورت گرفته خود را مطلع بسازد.

علاوتاً راجع به فعالیت های تربیوی که در جریان شش ماه گذشته برای پرسونل مرکزی صحتی تدویر یافته توضیح مختصر داده شود. از پروگرام های تربیوی که توسط پرسونل مراکز صحتی برای کارگران صحتی دایه های محلی در شش ماه گذشته دایر گردیده است نیز تذکار بعمل بیاید. (جدول ۲۶ را ملاحظه کنید)

جدول ۲۵: پروگرام های مرکز صحتی را نشان می دهد

نوع	محل عرضه پروگرام		گروه هدف	پرسونل مسئول	بله / نه	
	ساعت	مرکز صحتی				
انسان پری سال						
ولادت						
اقدامات اخلاقی						
فامیلی پلاننگ						
دارسی رشد و نمو						
غذای کودک						
تغذیه های صحتی						
صحت مکتب						
کنترل ملاریا						
تیم آب آشامیدنی						
تأمین خدمات بهداشتی						
اقدامات معالجه ای						
دیگر						

- آیا عملیات مراقبت های صحتی اولیه مراکز صحتی اساسی موازی به پالیسی و رهنمودهای ملی میباشد؟
- آیا در سال جاری در مرکز صحتی اساسی کدام پلان عملیاتی که دارای اهداف عمومی و اهداف خصوصی (تارگیت) باشد موجود است؟ اگر چنین باشد آنرا توضیح بدارید؟
- آیا در لایحه وظایف موجوده پرسونل مراکز صحتی، فعالیت های ساحوی و نظارت رضاکاران صحتی دهاتی شامل میباشد؟

- آیا پرسونل میدانند که مردم از ایشان چه توقع دارند؟
  - آیا این همه معلومات از روی اسناد تحریری بدست آمده و یا از کسی آنرا شنیده اند؟
  - آیا فعالیت های را که پرسونل اجرا میدارند موازی به هدایات وزارت میباشد؟
  - آیا پرسونل مرکز صحتی میگویند که با اجراءات و کار آیی شما قانع بوده و رضایت دارند؟
  - اگر قناعت در میان نباشد پس اسباب عمده عدم قناعت چه خواهد بود؟
- نظارت یکی از وظایف ضروری مراکز صحتی بوده ازینرو پرسونل صحتی يك تعداد طرز العمل ها را در نظارت امور ساحوی مرعی الاجرا میدانند. تیم مطالعاتی از موجودیت و یا عدم موجودیت طرز العمل های زیر در مرکز صحتی خود را مطمئن بسازد:

- برنامه ویزیت های نظارتی برای هریک از افراد مرکز صحتی
  - لست نظارت
  - راپور های تحریری ویزیت های نظارتی
  - میکانیزم مباحثه و تعقیب راپورهای نظاری توسط پرسونل مرکز صحتی.
- همچنان تیم مطالعاتی باید تعداد ویزیت های نظارتی هریک از پرسونل را از مراکز فرعی به شمول کارگران صحتی و دایه های محلی در ماه گذشته نموده مشخص بسازد.



جدول ۲۶ - پروگرام های تربیوی داخلی خدمت و شامل کورس یها را نشان میدهد.

اسم پروگرام	عنوان کورس	نوع پرسونل	تاریخ	تعداد شاملان

تعداد زیاد پروگرام های مراقبت های صحتی اولیه دارای کتاب های رهنمود و جزوه های تعلیمی میباشد که طرز مرور و تجدید نظر بر عملیات را بیان میدارد.

تیم مطالعاتی علاوه بر باید معلومات حاصل کند که کدام يك از پروگرام های تخنیکى دارای اولویت بوده تا آنرا از همه بیشتر بصورت عمیق تحت مطالعه قرار داده و از آن سوالات سروی را بسازد. معیارات کلیدی کارآیی Performance باید انتخاب شود تا بصورت عمومی سطح کار آیی مرکز صحی به ارتباط هر يك از پروگرام ها تحت بررسی قرار داده میتواند.

سوالات که در زمینه پرسان شده می تواند:

- اهداف خصوصی (تاریگیت) پروگرام معافیت از چه قرار است؟

- این اهداف به کدام پیمانانه دست یاب گردیده است؟

- به مادر که طفل اومصاب اسهال بوده چه مشوره داده شد؟

علاوتاً از پرسونل مرکز صحی تقاضا بعمل بیاید تا در حضور داشت تیم مطالعاتی محلول او ا ر س را تهیه نموده تا اگر طرز تهیه وی مطابق به طرز العمل قبول شده است یاچند.

سوالات مشابه برای پروگرام های دیگر تهیه شده می تواند.

يك تعداد معیارات کلیدی ذیلاً داده شده است در مورد هر يك از معیارات سال تطبیق و منبع آنرا نذکر بدهید .

۱- (مردم که در داخل منزل و یا در يك فاصله پیاده روی مناسب دارای آب مشروب صحی میباشد تقسیم مجموع نفوس در ناحیه ضرب در ۱۰۰ = \_\_\_\_\_ %

۲- نفوس با تسهیلات کافی جهت رفع فضلات انسانی تقسیم مجموع نفوس ضرب در ۱۰۰ = \_\_\_\_\_ %

۳- تعداد واکسیناسیون که در جریان پنجسال گذشته بالای اطفال کمتر از يك ساله و زنان حامله تطبیق شده است. جدول زیر را ملاحظه کنید:

واکسیناسیون	۱۹۰۰	۱۹۰۰	۱۹۰۰	۱۹۰۰	۱۹۰۰	میلان
بی سی جی						
دی بی تی - ۱						
دی بی تی - ۲						
دی بی تی - ۳						
پولیو - ۱						
پولیو - ۲						
پولیو - ۳						
سرخکان						
تیتانوس تاکساید - ۱						
تیتانوس تاکساید - ۲						
تعداد ولادت ها						
نفوس مورد نظر						

۴- تعداد نفوس که به خدمات صحتی محلی و ادویه ضروری دست رسی دارند تقسیم مجموع نفوس ضرب در ۱۰۰ = \_\_\_\_\_ %

در اینجا معیارات زیر مورد بحث قرار می گیرد:

- موجودیت تسهیلات معالجوی برای امراض عام و جروحات.

- تهیه، تدارک و تنظیم ادویه ضروری به تمام مملکت.

- آیا در فاصله يك ساعت پیاده روی کدام تسهیلات صحتی بغرض استفاده وجود دارد؟ (اگر ارقام بالای وقت سفر به مرکز صحتی موجود نباشد پس بعد فاصله با مرکز صحتی به وقت تعدیل یافته می تواند.

۵- تعداد متوقع ولادت ها (n) در ناحیه میزان تولدات ناخالص ضرب در نفوس در يك سال

۶- تعداد زنان حامله که توسط پرسونل تربیه یافته معاینه شده تقسیم (n)  $\times 100 =$  \_\_\_\_\_ %

این ارقام به تفکیک محل عرضه خدمات صحتی (خانه یا مرکز صحتی) و نوع پرسونل محاسبه میشود

۷- تعداد زنان که توسط پرسونل تربیه یافته نظارت شده تقسیم (n) ضرب ۱۰۰ = \_\_\_\_\_ %

۸- تعداد اطفال کمتر از يك ساله که توسط پرسونل تربیه یافته معاینه شده تقسیم (n) ضرب ۱۰۰

= \_\_\_\_\_ %

۹- تعداد اطفال قابل نگهداشت در منزل (چارت نشو و نما کارت واکسیناسیون تقسیم (n) ضرب ۱۰۰ =

\_\_\_\_\_ %

۱۰- فیصدی کودکان نوزاد دارای وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم = \_\_\_\_\_ %

۱۱- فیصدی اطفال کمتر از پنجساله که پایین تر از ارزش ریفرانس (مؤخذ) وزن برای عمر قرار دارند=

\_\_\_\_\_ %

۱۲- تعداد واقعات اسهالات در اطفال کمتر از پنجساله تقسیم مجموع نفوس اطفال کمتر از پنجساله

ضرب در ۱۰۰ = \_\_\_\_\_ %

۱۳- تعداد اطفال کمتر از پنجساله که با اوارس تداوی شده تقسیم بر تعداد واقعات اسهالات در اطفال

کمتر از پنجساله ضرب ۱۰۰ = \_\_\_\_\_ %

### تهیه و تدارک

این مبحث به ارزیابی کفایت و مؤثریت حمایت لجستیکی جهت عملیات پروگرام های مراقبت های صحتی اولیه ارتباط می گیرد. مثال ها نا مساعد درین زمینه عبارتند از : نارسایی وسایل ترانسپورتی برای توزیع وسایل و لوازم، کنترل اداری ناقص سامان و لوازم در سویه مراکز صحتی، مفقودی ها و بالاخره استفاده نادرست در مرکز صحتی. این نقایص به شمول يك عدهء پرابلم های دیگر غالباً باعث کاهش مؤثریت مراکز صحتی می شود. با استفاده از يك تعداد معیارات منجمت می توان طرز العمل های مستعمله را در سویه مرکز صحتی به شمول موجودیت و ذخیره فعلیه (گذشته سامان و لوازم) قضاوت نمود تدابیری جهت بهبود آن روی دست گرفت .

جدول ۲۷: جدولیکه وضع ذخیره سامان و وسایل را نشان میدهد .

ذخیره موجود یا درام خواهد نمود	احتیاج ها	مقدار موجود	مقدار توزیع شده در ۱۹...	مقدار رسیده در ۱۹...	اسم ادویه
					کوکونین
					اواراس
					بیتین
					تراشکین
					آهن
					فولیک اسید
					اسیرین
					کانتز ویتف نمی
					کلندوم
					دیسره .

سوالات زیر باید پرسان شود:

- آیا برای تمام پروگرام ها يك سیستم مدغم تهیه و تدارك موجود است؟
- کدام يك از پروگرام ها تهیه و تدارك سامان و لوازم خود را بدست خود اجرا می دارد؟
- آیا لست ستاندرد ادویه و سازمان برای مرکز صحنی موجود است؟
- منبع معمول تهیه سامان و لوازم (ملی منظوقی وغیره) کدام است؟
- آیا اسناد سامان و لوازم مکمل و جدید است؟
- آیا این اسناد بصورت صحیح نگهداري می شود؟
- چه پرابلم های (عدم موجودیت سامان و لوازم بودجه ترانسپورت، پترول یا سیستم ناقص توزیع) در ۱۲ ماه گذشته پرسونل مرکزي مواجه شده اند؟

تکمیل يك جدول معیاری (مانند جدول ۲۷) با پنج قلم نه تنها موجودیت وسایل ضروری را نشان میدهد بلکه از صحت و سلامت آنها نیز گواهی میدهد. البته برای تأیید مطالب در جریان مصاحبه باید تحویلخانه نیز تفتیش شود تا کدام تشویش در میان باقی نماند.

**علاوتاً تیم مطالعاتی سوالات زیر را نیز در نظر باید بگیرد:**

- آیا کدام يك از ادویه غیر قابل استفاده شده و خارج از وقت گردیده؟
- آیا در جریان سال های اخیر کدام بهبود در وضع تهیه و توزیع ادویه و سایر لوازم صورت گرفته است؟
- آیا کدام مفقودی ویا ضایعات ادویه در ۱۲ ماه گذشته در تحویلخانه واقع شده است؟
- آیا کدام پرابلم در ذخیره ادویه و واکسین موجود بوده است؟
- آیا سامان و تجهیزات زنجیر سرد بقدر کافی در اختیار تان بوده تا پیشرفت پروگرام واکسیناسیون را تضمین نموده بتواند؟
- آیا ترمومیتتر در داخل یخچال وجود دارد؟
- در هنگام خواندن ترمومیتتر چند درجه را نشان میدهد؟
- آیا سردی قناعت بخش را نشان میدهد؟
- کارت درجه حرارت را نیز معاینه و تفتیش نمایید؟

### سرویلانس امراض و حمایت اطلاعات صحی

این قسمت مرور شامل هدف دوگانه بود: اول- آیا مرکز صحی معلومات مطلوبه را دربارهء پروگرام جمع آوری نموده- دوم- آیا از آن استفاده مطلوب مینماید (جدول ۲۸) را ملاحظه کنید) آیا این میکانیزم در مجموع سیستم اطلاعات صحی ادغام یافته است. تیم تحقیقاتی باید در مورد اشتراك مساعی جمعیت غور و دقت نماید که ایشان درین کار اشتراك عمل مینمایند و اگر نمی کنند چرا؟ علاوهً باید جستجو نمود که خود مرکز صحی بذات خود در مقابل انتظام سیستم اطلاعات صحی يك مانعه را تشکیل نداده باشد. اگر موضوع چنین باشد پس چه چاره را در برطرف نمودن آن پیشنهاد مینمایید؟

یکی از استفاده های عمدهء اطلاعات در سرویلانس امراض ساری میباشد. یکی از وظایف عمدهء تیم تحقیقاتی همانا مطالعه معلومات جمع آوری شده در مورد شیوع و وقوع امراض میباشد تا فهمیده شود که مرکز صحی توانایی استفاده از ارقام جمع آوری شده را دارا میباشد یا خیر. در جهت این کار ۱۰ مرض عمدهء به ترتیب درجه اهمیت (کثرت وقوع) که در سال گذشته بوقوع پیوسته باید فهرست گردد. تیم تحقیقاتی نه تنها معلومات موجوده را مورد مطالعه قرار دهد بلکه ببیند که چنین ارقام مورد تحلیل واقع شده و بغرض سهولت مطالعه در روی چارت ها و گراف ها به نمایش گذاشته شده است. تا میلان (روند) در وقوعات امراض، سطح واکسیناسیون ویا پیشرفت در استفاده از محلول اوارس وغیره را به سهولت مورد مطالعه قرار داده بتواند.

جدول ۲۸: طرز راپوردهی از تسهیلات مختلفه صحي

مراكز فرعی	كارگران صحی قریه	دایه های محلی	و غیره	جمع
A- تعداد راپور های متوقعه				
B- تعداد راپور های رسیده				
C- فیصدی راپور های متوقعه رسیده				
$(B/A \times 100)$				
D- تعداد راپور های رسیده در يك ماه بعد از موقع آن				
E- فیصدی راپور دهی به موقع				
$(D/A \times 100)$				

تیم تحقیقاتی از روی تحلیل ارقام جمع آوری شده توسط مرکز صحی مطالعه کند که درین میان مثال فیصدی محاسبه شده باشد مثلاً:

- \* فیصدی اطفال که کاملاً واکسین شده اند.
- \* فیصدی زنان حامله که اقلأ يك مراتبه در جریان حاملگی گذشته ویا موجوده، خود به کلینیک جهت معاینات انتی نتان مراجعه نموده است.
- \* فیصدی اطفال مبتلا به اسهال که برایشان اوارس داده شده است.
- \* فیصدی زنان در سنین باروری (۱۵-۴۵ سال) که از متود های عصری فامیلی استفاده میکنند.
- بخاطر تان باشد که بعضی ازین فیصدی ها قبلاً محاسبه شده بود. بنابراین سوالات که بیشتر از يك هدف را برای آورده ساخته بتواند ضرورت به تکرار ندارد.

## بخش ۵

کارگران صحت جمعیت

دایه های محلی



## مقدمه

در این قسمت مرور مراقبت های صحنی اولیه به تمام انواع کارگران صحنی جمعیت ارتباط می گیرد. طوریکه در هر مملکت نام این کتگوری پرسونل ولایحه وظایف ایشان از هم فرق مینماید بنابراین تیم مطالعاتی قبل از همه باید خود را به نام ولایحه وظایف، رول و نقش آنها را آشنا بسازند. چون رول هر يك ازین کارگران صحنی بصورت مشخص از همدیگر تفاوت دارد بنابراین برای هر يك ان باید يك پرسشنامه جداگانه تهیه و ترتیب کرد. رهنمودی که درین کتاب از آن بحث بعمل می آید ارزیابی دو نوع عام کارگران صحنی را یعنی کارگران صحنی جمعیت ودایه های محلی را به نمایش می گذارد.

در جریان مصاحبه باید روی نوع و حجم کار که دایه های محلی و کارگران صحنی جمعیت به اجرای آن می پردازند خود را متمرکز ساخته تا دیده شود که کارگران مذکور امور محوله را به کدام درجه خوبی اجرا نموده تا برای نگهداشت و بهبود سطح کارآیی آنها چه نوع تدابیر را روی دست گرفت. در بعضی حالات هدف مرور مراقبت های صحنی اولیه عمدتاً متوجه يك پروگرام خاص میباشد بنابراین باید مصاحبه با کارگر صحنی به اساس آن جهت یابی و توجهیه شود.

معلومات مورد ضرورت از طریق يك ترکیب از مشاهدات و دیالوگ (گفتگوی دو طرفه) که نسبتاً انعطاف پذیر بوده جمع آوری شود. تیم تحقیقاتی برای جمع آوری ارقام باید يك پرسشنامه را به ترتیب که در نهایت تحلیل ایجاد سهولت کند، طرح نمایند. در سویه کارگر صحنی جمعیت سوالات باید ساده و بدون ابهام بوده و از سوالات که احتمال چندین جواب مفصل را در مقابل خود دارد. اجتناب گردد. (البته به استثنای نظریات نهایی) به صفت يك نمونه پرسشنامه دایه های محلی در ضمیمه ۲ ارایه گردیده است.

## ۱- کار گر صحت جمعیت

### خصوصیات فردی کارگر صحت جمعیت

سطح کار آبی، تشویق (انگیزش) و تداوم در استخدام کارگران صحت جمعیت غالباً موضوع مورد علاقه کارفرمایان پروگرام های مختلفه مراقبت های صحت اولیه می باشد. در این قسمت آرزوی ما اینست تا خصوصیات فردی يك کارگر صحت خوب را برای شما شناسایی نمائیم تا باین ترتیب جوانب مختلفه تربیه نظارت و حمایت کارگران مذکور بدرستی هر چه تمامتر تعدیل و انتظام بهتر یافته و در آینده یکی از کادر های مفید در سیستم مراقبت های صحت اولیه بحساب بروند.

درین مورد مطالب زیر باید در نظر گرفته شود:

- آیا رهایی از کار (یا انفصال از وظیفه) در بین مردان زیاد است و یا در بین زنان؟
- آیا کارگر صحت مردانه در جمعیت بیشتر مورد قبول واقع می شود و یا زنانه؟
- آیا عوامل مانند عمر، مؤقف اجتماعی وظیفه قبلی حایز اهمیت است؟
- بر علاوه اسم، جنس، عمر وضع مدنی معلومات زیر را در مورد کارگر صحت جمعیت باید جمع آوری نمود:
  - وبعد فاصله بین پوسته صحت شما و مرکز صحت چند کیلومتر است؟
  - شما در کجا متولد شده اید؟
  - از چند سال به این طرف شما در این جاه زندگی دارید؟
  - از چه وقت با این طرف شما به صفت کارگر صحت جمعیت ایفای وظیفه مینمایید؟
  - قبل از شمولیت در پروگرام کارگران صحت جمعیت شما چه کار داشتید؟
  - آیا در عین حالیکه شما به صفت کارگر صحت ایفای وظیفه مینمایید کدام شغل دیگر نیز دارید؟
  - آیا این خط را خوانده می توانید؟
  - شما چند سال مکتب خوانده اید؟

### معلومات درباره جمعیت

مسلماً جهت آغاز يك پروگرام عملیاتی مؤثر آگاهی کامل درباره ساحه زندگی مردم و پرابلم های ایشان شرط ضروری میباشد. بنابراین تیم تحقیقاتی باید در مورد اینکه که کارگران صحت جمعیت درباره مردم و ساحه زندگی خود چه معلومات دارند، خود را مطمئن بسازید. آیا در بین جمعیت عقاید و رسوم وجود دارد که تاثیرات منفی یا مثبت بالای صحت مردم وارد نماید؟ چه نوع تسهیلات محلی برای انتقال مریضان عاجل به شفاخانه وجود دارد: از کارگر صحت جمعیت این سوالات پرسان شود مثلاً:

- مجموع نفوس مردم در ساحه زندگی چند نفر است؟
- در منطقه مسکونی شما چند خانوار زندگی میکنند؟
- در ساحه زندگی شما چند نفر خانم حامله موجود است؟
- پرابلم های صحنه عمده در منطقه شما کدام است؟

- آیا شما گاهی در کدام سروی مطالعاتی بغرض شناسایی پرابلم های مردم اشتراك نموده اید؟
- وسیله نقلیه اطمینانی که بغرض انتقال مریضان از آن استفاده مینمایید کدام است؟

#### انتخاب و تربیه کارگران صحنه جمعیت :

این بررسی معلوماتی را که قبلاً در مورد خصوصیات فردی کارگران صحنه بدست آوردید تکمیل ساخته و در مورد متود انتخاب و نوع پروگرام تربیوی معلومات کافی را بدست رس گذاشته و رول آن ها را در مورد قناعت در وظیفه و سطح کار آیی ارزیابی خواهند نمود. همچنان در مورد اینکه کارگر صحنه جمعیت توسط نمایندگان جمعیت انتخاب شده و یا از طرف رهبران جمعیت کاندید گردیده معلومات خوبی جهت کار آیی او بدست رس می گذارد.

به ارتباط پروگرام تربیوی باید متذکر شد که مرور بر محتوی پروگرام تربیوی از طریق اجرای مصاحبه کار نسبتاً سهل خواهد بود ولی چیزیکه از همه بیشتر قابل اهمیت میباشد، اینست که مؤثریت و مناسبت پروگرام تربیوی را همزمان با سطح کارآیی کارگر صحنه جمعیت باید بررسی نمود. برای مثال:

- آیا کارگر صحنه جمعیت دارای دانش و اهلیت کافی است که پرابلم های صحنه را شناسایی و مقابل آن تدابیر لازمه را اتخاذ بدارد؟

- کارگر صحنه از چه نوع پروگرام تربیوی عملی استفاده نموده است؟

- آیا کارگر صحنه بعد از پروگرام تربیوی اولی در کدام پروگرام تربیوی دیگر اشتراك ورزیده است؟

- چوقت و توسط کی؟

البته مطلب عمده که از همه بیشتر قابل اهمیت بوده اینست که اگر کارگر صحنه جمعیت را در جریان کار در تحت شرایط طبیعی (عادی) مشاهده نماییم، راجع به سطح کار آیی آن کدام نظر ثابت حاصل نموده نه می توانیم. بهر حال تیم تحقیقاتی باید سعی نماید تا بیک بررسی واقعینانه نابل آمده و از کیفیت و کمیت کار آن آگاهی حاصل نماید.

#### حمایت نظارت و شرایط کار

مفکوره کیفیت حمایت از کارگر صحنه یکی از ابعاد مهم این تجدید نظر را تشکیل میدهد. در حمایت نه تنها تسهیلات کار و معاش در نظر گرفته میشود بلکه حمایت نظارتی از هر دو طرف یعنی مرکز صحنه و جمعیت، نیز دارای اهمیت میباشد. علاوه دلدچسپی و علاقمندی نمایان مردم جمعیت نیز در پیش برد فعالیت های مراقبت های صحنه اولیه رول زیادی دارد. درین بحث مطالب زیر باید توضیح بیاید:

- آیا در اتخاذ تدابیر جهت حل پرابلم های عایده مقابل کارگر جمعیت فوریت داده شده است؟
- آیا مردم در پیشبرد فعالیت های صحی بصورت فعال اشتراك مساعی داشته اند؟

### درین مورد علاوه بر سوالات زیر پرسیده شده می تواند:

- آیا درین اواخر کسی از تسهیلات شما ویزیت بعمل آورده بود؟ و کی بود؟
  - ویزیت اخیر آن چوقت بود؟
  - مرام از ویزیت (تهیه لوازم، نظارت و تربیه) چه بود؟
  - چند ماه قبل شما از تسهیلات صحی رجعتی (نظارتی) خود باز دیده نموده بودید؟
  - هدف ویزیت شما (تهیه سامان و لوازم، رجعت، ارایه راپور، ملاقات پروگرام تربیوی) چه بود؟
  - چند ماه قبل کمیته صحی قریه در مورد مسایل صحی جلسه خود را دایر نموده بود؟
  - چه موضوعات در آن مورد بحث قرار گرفته است؟
  - آیا در قریه شما کدام افراد به صفت رضا کار در امور انکشافی قریه کار و فعالیت مینمایند؟
  - آیا شما گاهی کارگران صحی را در جمعیت دیگر ملاقات و مطالب مشترک را باهم گپ زده اید؟
  - آیا شما در مورد موضوعات صحی با معلمین مکاتب ملاقات میکنید؟
  - آیا شما از مکاتب ویزیت مینمایید؟
  - آیا شما گاهی علمای دینی را به غرض بحث پرابلم های صحی ملاقات میکنید؟
  - آیا کمیته صحی دهاتی فعالیت های تمام کارگران صحی جمعیت را نظارت مینماید؟
  - آیا در قریه شما کدام سازمان دیگر به غرض انسجام امور صحی وجود دارد؟
  - آیا شما کسان را می شناسید که مغایر عقیده شما پیغام های صحی غلط راپخش کند؟
  - آیا مردم در شش ماه گذشته کدام فعالیت را جهت بهبود صحت سازمان داده پیش برده است؟
  - در کدام ساحه شما به شکل بهتر حمایت مردم را بدست آورده می توانید؟
  - در هفته گذشته چند روز را بالای وظایف خود به صفت کارگر صحی جمعیت سپری نموده اید؟
- طوری که میدانید پاداش پولی (اجرت یا مزد) کارگران صحی جمعیت یکی از موضوعات پرابلماتیک در مراقبت های صحی اولیه به حساب می رود. بنابراین تیم تحقیقاتی باید با تاکتیک خاصی به این موضوع تماس حاصل نموده و در سوال و جواب در مورد پول خیلی محتاط باشد. البته بهتر آنست تا این موضوع در حضور داشت رهبران جمعیت اصلاً صحبت نشود. سوالات که درین مورد پرسان می شود عبارتند از:
- آیا شما به صفت کارگر صحی کدام پاداش (مزد) در مقابل کار خود دریافت میدارید؟
  - این پاداش را به کدام شکل (پول، لباس وغیره) دریافت میکنید؟
  - آیا باین ترتیب که بیان داشتید قناعت دارید؟
- اگر جواب نه باشد پس شما درین مورد چه سفارشات دارید؟ آیا می توانید یک راه حل مناسب را مطرح بسازید. بهتر اینست که به این کار بعد از شنیدن نظرات رهبران قریه اقدام کنید. تیم تحقیقاتی علاوه بر شرایط نامه کارگر صحی جمعیت را نیز مشاهده و جهت بهبود آن نظریه بدهد.

## فعالیت های روتین (عادی)

این قسمت کار تیم تحقیقاتی به غرض بررسی فعالیت های روتین کارگر صحتی به شمول اشتراك مساعي وی در تطبیق پروگرام مراقبت های صحتی اولیه، نگهداری اسناد و راپور دهی اختصاص داده شده است. آیا سلسله فعالیت های کارگران صحتی با نیازمندی های صحتی مردم مناسب و سازگار است؟ کارگر صحتی یا رهبران چطور برای اتخاذ تدابیر مفاهمه و گفتگو میدارند؟ کارگر صحتی جمعیت رادرمقابل پرابلم های آن کی مساعدت مینماید؟

برای تیم تحقیقاتی مطالعه اسناد و فعالیت کارگر صحتی يك نظر کلی راجع به نوع فعالیت و موثریت آن در رفع نیازمندی های صحتی مردم میدهد. علاوهً این فرصت را میسر میسازد تا توانایی کارگر صحتی را در فهم و درك و استفاده از اسناد ارزیابی نموده و طرز معامله آن را در برخورد با پرابلم های خطرناك نشان بدهد. از کارگر صحتی جمعیت سوالات زیر پرسیده شده می تواند:

- فعالیت های روتین شما چیست؟
- کدام يك آن را بیشتر از همه اجرا میدارید؟
- چند نفر دایه های محلی فعال در ساحه شما کار میکند؟
- برنامه واکسیناسیون اطفال را تشریح بدارید؟
- آیا شما اطفال را مستقیماً خودتان وزن مینمایید؟ با ارقام حاصله از وزن نمودن اطفال چه میکنید؟
- آیا واقعات سوء تغذی در ساحه شما وجود دارد؟ و آیا در يك موسم معین بوقوع می پیوندد؟
- در مورد اطفال مبتلا به سوء تغذی شدید چه کار را انجام میدهید؟ رجعت به مرکز صحتی یا شفاخانه؟
- آیا شما اطفال مصاب به اسهال را مشاهده نموده اید؟ و در کدام موسم تعداد آن به زیادترین حد میرسد؟
- اسباب عمده اسهالات در ساحه شما چیست؟ و اسباب عمده مرگ در اسهالات شدید چیست؟
- دی هایدرشن (ضیاع مایعات بدن) را چطور شناسایی مینمایید؟
- محلول اوارس را چطور تهیه میدارید، آنرا نمایش بدهید؟
- چه نوع مشورت برای مادران اطفال مبتلا به اسهال میدهید؟ (شیردهی مادر را دامه داده، تجویز مایعات اضافی، محلول اوارس ادامه تغذی نورمال، طفل مریض را تغذی بیشتر نموده، متوجه علایم دی هایدرشن شده اگر طفل بهبود یافت طالب کمک شده و نیز بگویید که اسهالات در آینده چطور وقایه می گردد یا هیچ نمیداند.)

سوالات در مورد حفظ الصحه محیطی، تعلیمات صحتی وثبت اسناد شامل مطالب زیر میباشد:

- منابع عمده آب نوشیدنی در قریه شما کدام است؟ و منابع مذکور در تمام مواسم سال کافی است؟
- عام ترین طریقه جابجاء سازی کثافات در منطقه شما چیست؟
- درین قریه مردم از بیت الخلاء استفاده مینمایند؟ اگر از بیت الخلا استفاده نمی نمایند چرا؟
- چند ماه قبل مردم این جمعیت يك پروگرام پاک کاری را روی دست گرفته بود؟
- آیا شما ویا کسان دیگر در قریه کدام کار در مقابل ملاریا مینمایید؟
- در جریان شش ماه گذشته چه نوع فعالیت های تعلیمات صحتی (مثلاً تقویت عمومی صحت، تغذی، شیر دادن مادر، کنترول اسهالات، تهیه آب مشروب، حفظ الصحه محیطی، فامیلی پلانینگ، واکسیناسیون وغیره؟
- آیا شما اسناد فعالیت های خود را نگهداری مینمایید؟ اگر جواب بلی باشد آیا بصورت دوری (مثلاً در هر سه ماه) آنرا توصیه و تحلیل می نمایید؟
- آیا این ارقام به کمک سوپروایزر شما تحلیل می شود؟
- آیا با سوپر وایزر تان راجع به آن بحث مینمایید؟

## تجهيزات ووسایل

اعتبار کارگر صحنی غالباً در موجودیت سامان و ادویه ضروري ارتباط مي گيرد. تیم تحقیقاتی باید پوسته صحنی را معاینه نماید که ادویه در آنجا وجود دارد؟ آیا دوايي وجود دارد که ذخایر آن قبلاً به اتمام رسیده باشد؟ آیا این ادویه بصورت سیستماتیک و محفوظ نگهداری می شود؟

سوالات دیگری که درین مورد پرسان شده می تواند عبارت خواهند بود از:

- آیا در سه ماه گذشته مقادیر کدام يك از ادویه به اتمام رسیده بود و دلایل خلاصی آن چه بود؟

- آیا کارگر صحنی جمعیت کدام سهمیه دوايي جدید را اخذ نموده است؟

- آیا کدام منبع غیر دولتی دوايي وجود دارد؟

- آیا کارگر صحنی دارای يك لست ستاندرد ادویه میباشد؟

- تیم تحقیقاتی لست مذکور را مشاهده و آنرا با مقدار دواي موجوده در ذخیره پوسته صحنی مقایسه نماید.

- آیا کارگر صحنی جمعیت ادویه مختلف را در الماری تشخیص و تفکیک نموده می تواند؟

در حالیکه پاکی و انتظام در نگهداري ادویه و تجهيزات علایم منجمت درست است در عین حال تیم تحقیقاتی متوجه این نکته نیز باید باشد که سامان و لوازم شاید از سبب پاک باشد که اصلاً مورد استعمال قرار نگرفته است.

## مباحثه عمومی

در جریان این مرحله سروی برای کارگر صحنی جمعیت فرصت کافی داده شود تا نظریات خود را بالای موضوعات مختلف ابراز نظر نماید همچنان تیم تحقیقاتی با استفاده ازین فرصت دربارهء مسایل مهم که بالای کار آبی کارگر صحنی موثریت دارد گفتگو و صحبت نماید. علاوهً موضوعات عدم رضایت و احتیاجات مرفوع ناشده و مشکلات مورد تحقیق قرار بگیرد. از همه بیشتر نتیجه نهایی این ویزیت بایست سبب تقویه روحیه کارگر در صحنی جمعیت شود.

## ۲- دایه های محلی

دایه های محلی در حصص مختلف جهان خواه به صورت رسمی ویا غیر رسمی تربیه یافته وین ۵۰٪ و ۸۰٪ تمام ولادت ها را نظارت مینمایند. بنابراین لازم است تا در ارزیابی پروگرام تربیوي دایه وقت کافی را صرف نموده تا دانش دایه ها در مورد مادران حامله، عملیه ولادت و کیفیت حمایت و نظارت مورد بررسی قرار بگیرد. در يك تعداد ممالك روبه انكشاف مادران حامله و اطفال معروض به خطر در ساحه کار دایه ها قرار می گیرند. ازینرو تیم تحقیقاتی بررسی خود را با اجرای مشاهدات و مصاحبه بسر باید برساند. يك نمونه پرسشنامه دایه های محلی در ضمیمه ۲ ارایه گردیده است.

### خصوصیات فردی دایه های محلی:

منظور از این قسمت شناسایی صفات و اوصافی بوده که يك دایه خوب و یا کفایت آنرا دارا می باشد. این معلومات برای ومسؤولین امور صحتی در پلان کذاری انکشاف دایه های محلی خیلی مفید خواهد بود. میزان خروج دایه های محلی از صحنه کار، آنقدر تشویش را که پرسونل صحتی دیگر خلق مینماید، سبب نه می شود. زیرا دایه های محلی از جمله کادر های صحتی و مردم اهل جمعیت میباشد. از جانب دیگر طوریکه بملاحظه می رسد يك نیاز روز افزون به دایه های تربیه احساس می شود تا که باعث کاهش وفيات مادران در جمعیت شود. خصوصاً ت فردی دایه های محلی که توسط تیم تحقیقاتی مورد مطالعه قرار مبیگیرد شامل سن، جنس، حالت مدنی، تعداد اولاد، مدت اقامت در محل وغیره میباشد. درین اواخر میزان سواد آموزی دایه های اهمیت بیتشر از پیشتر را کسب نموده است.

### معلومات درباره جمعیت

درین قسمت هدف کلی اینست که دایه های محلی چقدر دانش و معلومات در مورد ساحه زندگی و مردم آن ناحیه دارد. آیا دایه های محلی راجع به ساختار اجتماعی و ثقافتی جمعیت معلومات و آگاهی دارد؟ آیا از رواج و رسوم در مورد حاملگی ها و ولادت طفل و تربیه اطفال اطلاع دارند؟

آیا دایه محلی افراد دیگر را می‌شناسد که در فعالیت های ولادی و تربیه اولاد اشتغال داشته باشند؟ کدام افراد در جمعیت میل ندارند و قادر نیستند که از خدمات وی استفاده نمایند؟ منابع بالقوه او در میان ساحه زندگی کی چیست؟

#### انتخاب و تربیه دایه های محلی

تیم تحقیقاتی که مسؤول اجرای مصاحبه در جریان سروی می‌باشد از مطالب زیر به صفت يك اساس برای ترکیب سوالات در مصاحبه استفاده مینماید دایه های محلی چگونه انتخاب شدند؟ از کدام پروگرام تربیوی استفاده نمودند؟ در انتخاب آنها از کدام متودها استفاده برده شد؟ آیا این متود برای مردم در جمعیت قابل قبول بود؟ آیا پروگرام تربیوی کدام شکاف در توانایی دایه های محلی از خود بجای گذاشته است؟ آیا کدام پروگرام تربیوی بیشتر برای دایه ها در نظر گرفته شده است؟

#### حمایت نظارت و شرایط کار

کیفیت نظارت از نگاه رضایت در وظیفه بالای پرسونل نفوذ عمده دارد. تیم تحقیقاتی باید با دایه ها مصاحبه اجرا نموده تا اگر ممکن باشد نکات ضعیف آنها کشف و شناخته شود. آیا دایه های محلی از مزدی که در مقابل زحمت خود دریافت میدارند عدم رضایت دارند؟ آیا دایه های محلی از روش پرسونل در سویه اول رجعتی (پرسونل مراکز صحتی اساسی) شکایت دارند؟ آیا دایه های محلی همکاری کامل از کارگران صحتی جمعیت می گیرند؟ آیا مردم جمعیت در رجعت مریضان ترانسپورت مناسب بدست رس دایه های محلی می گذارند؟

#### فعالیت های عادی

درین مرحله تیم تحقیقاتی در عمق وظایف دایه های محلی جهت ارزیابی کار ایشان نفوذ نموده و وسعت اشتغال دایه های محلی را در پروگرام های فامیلی پلانتنگ، واکسیناسیون و تغذی بررسی مینمایند. چون اختلالات مرحله سوم زایمان مخصوصاً خونریزی های بعدالولادت مسؤول يك تعداد زیاد وفیات مادران بوده متاسفانه در این زمینه برای مداخله مؤثر دایه های محلی امکانات کمتر وجود دارد درین فرصت قضاوت دایه های محلی در پیش بینی انذار و وخامت رول فوق العاده مهمی خواهد داشت. در جریان مصاحبه از دایه های محلی پرسان شود که در ماه گذشته



چند زن حامله بنابر خون ریزی بعد از ولادت و یا تب فوت نموده است. چند واقعه آنرا به شفاخانه رجعت داده است؟ آیا او اسناد چنین واقعات را نزد خود نگهداری مینماید؟ معلومات در مورد دانش دایه های محلی در شناخت و منجمت گروه های معروض بخطر باید جمع آوری شود. در جریان مشاهده کار دایه های محلی و یا در جریان صحبت با وی مطالب ذیل در ذهن نگهداشته شود: آیا سویه اهلیت مسلکی او برای معامله و تداوی اختلاطات زایمان کافی است؟ آیا او پروسه جمع آوری و نگهداشت ارقام را میداند؟

### تجهیزات و وسایل

درین مرحله تیم تحقیقاتی وسایل و تجهیزات لجستیکی دایه های محلی را باید مورد بررسی قرار بدهد. آیا او دارای تمام وسایل و تجهیزات لازمه است که عملیه های ولادی را تحت اجرا قرار بدهد؟ مطابق به استانداردها آیا دارای مقادیر کافی ادویه و لوازم طبی میباشد؟ آیا دایه محلی از تجهیزات که به دست رس او گذاشته شده، استفاده مطلوب نموده می تواند؟ علاوهً مصاحبه کننده وسایل و سامان دایه را مشاهده نموده تا اگر تفاوت با لست راپور داده شده موجود باشد کشف گردد؟ اگر دایه بگوید که نوزاد را بعد از زایمان وزن مینماید ببینید که ترازو برای اینکار بدست رس دارد؟ اگر ترازو داشته باشد مشاهده کنید که درجه صحت آن چقدر است؟ آیا دایه محلی برای قطع حبل سروری (ناف) طفل دارای قیچی و یا پاکی است؟ آیا دایه محلی قبل از انجام ولادت صابون و لگن دست شوی بدست رس خود دارد؟ یک دایه پاک و نظیف به احتمال زیاد از تکنیک محفوظ بیشتر از دیگرانی که نا منظم میباشد استفاده مینماید.

### مباحثه عمومی

تیم تحقیقاتی برای دایه محلی فرصت کافی بدهد تا نظریات خود را بالای موضوعات مختلف ابراز داشته، ازین وقت جهت افزایش موثریت کارآیی وی استفاده اعظمی بعمل آید. درعین حال ساحات نارضایتی، نیازمندی های نامرئوع و مشکلات عدید دیگر به پیمانیه وسیع مورد بحث و گفتگو قرار بگیرد. از همه بالاتر و مهم تر این ویزیت باید سبب تشویق و تقویت مورال روحیه دایه ها باید شود.

## بخش ۶

رهبران جمعیت

## مقدمه

این بحث به رهبران جمعیت در جوامع دهاتی که برای سروی مراقبت های صحتی اولیه انتخاب شده اند مربوط می باشد. قبل از آغاز کار ساحوی، مصاحبه کنندگان رهبران رادر جمعیت با نظر داشت شرایط محلی برای پرسش سوالات انتخاب خواهند نمود. این انتخاب از بین ملك قریه، رئیس کمیته صحتی دهاتی، علما و روحانیون، اعضای شورا رئیس کوپراتیف های دهقانی و رئیس سازمان جوانان و زنان صورت خواهد گرفت. موافقت همگی بالای لست رهبران که با ایشان مصاحبه میشود باید صورت گرفته و اگر کدام تفاوت در آن رخ میدهد، درنتایج سروی باید انعکاس داده شود. هدف ازین مصاحبه با رهبران جمعیت این نیست که معلومات راجع به خود رهبران بدست بیاید بلکه هدف عبارت از شناسایی پرابلم های صحتی است که دارای اولویت میباشد که قبلاً توسط ایشان درك و شناخته شده است. البته بعد از شناسایی تدابیری را در برابر آن گرفته وسعت حمایت و سهم گیری مردم جمعیت را در ارتقای پروگرام های مراقبت های صحتی اولیه پیمایش و بررسی مینمایند.

در بعضی نواحی تجارب کافی در اجرای مصاحبه در سویه جمعیت وجود دارد. برای اینکار مردم جمعیت باید قبلاً از اجرای سروی مطلع ساخته شده و بحث درباره آن بایک یا دو نفر از رهبران آغاز شود. البته این بحث و گفتگو بالای دورنما و هدف سروی تعلق داشته و شاید هم این امکان میسر گردد که کلیه معلومات مطلوبه در همین مجلس اول بدست بیاید. در غیر آن شاید چنین ضرورت بیافتد که مصاحبه رهبران جمعیت در جلسه متعاقب آن صورت بگیرد. این مصاحبه شامل صحبت و گفتگوی مستقیم و پرسش يك تعداد محدود سوالات غرض اخذ پاسخ میباشد. البته مصاحبه کننده ها از همان آغاز باید نکات مهمی را که می خواهد از طریق مباحثه سوال ویا مشاهدات بدست بیاورند باید و بکلی از آن مطلع باشند بالای این کار در جریان پروگرام تربیوی تأکید شده می تواند.

همیشه بخاطر تان باشد که از سوالات که مستقیماً با مراقبت های صحتی اولیه ارتباط نداشته باشد خود داری ننمایید. مخصوصاً اگر موضوع قابل مناقشه بوده و یا پروگرام جدید باشد. پس با استفاده از پرسش های تفصیلی باید روش و سلوك مردم جمعیت معلوم شود تا تغییرات در پروگرام پیش بینی شده بتواند و یا در فرصت مساعد در آن تعدیلات وارد شود. حتی اگر يك پروگرام در تحت اجرا هم میباشد بهتر آنست که از رهبران جمعیت راجع به اشتراك مساعی جمعیت سوالات نموده و آنرا تحت بررسی قرار داد.

در تحلیل نهایی موفقیت مراقبت های صحی اولیه که بر مبنای حمایت و پشتیبانی مردم جمعیت طرح و پی ریزی شده باشد بالای اشتراك مساعی قوی و دوامدار مردم همان جمعیت ارتباط پیدامینماید. درین قسمت دو هدف عمده، یکی آنکه قوت انگزش مردم در تعمیم مراقبت های صحی اولیه و دوم منابع مالی دست داشته جهت تحقق این همه تعهدات باید بررسی شود. این همه بذات خود يك فرصت دیگر برای ارزیابی ساختار تشکیلاتی به ارتباط اشتراك مساعی جمعیت و به غرض تأمین خدمات صحی به شمول تأمین آب حفظالصحه، رجعت مریضان عاجل به شفاخانه می باشد تیم تحقیقاتی این قسمت را با ارزیابی بخش پنج (کارگران صحی جمعیت و دایه های محلی) و قسمت ۷ (سویه خانواده) یکجا باهم باید انسجام بدهد.

## ۱- سازمان های جمعیت

مرام و مقصد این بخش مرور عبارت از بررسی این حقیقت است که آیا سازمان های محلی مناسب و مؤثر بغرض حمایت و تقویت مراقبت های صحی اولیه وجود دارد. عموماً در جریان کار چنین دریافت میشود که موفقیت در جلب اشتراك مساعی مردم در انكشاف و عملیات مراقبت های صحی اولیه و ارکان عمده، آن در قدم اول بالای رهبران جمعیت و پیمانان هم آهنگی نظرات و پیشنهادات ایشان تعلق می گیرد. این هم آهنگی وقت بیش تر از همه حایز اهمیت می شود که جمعیت از گروه های علاقمند با دلچسپی های مختلف متشکل می شوند. بهر صورت هدف نهایی عبارت از هم آهنگ سازی نظرات و عملیات گروه های مختلف است. درین صورت سویه مرکزی میداند که کدام يك از جمعیت ها دارای کمیته های محلی بغرض اتخاذ تصمیم در مسایل صحی و اجتماعی و سایر موضوعات حکومتی میباشد. این معلومات با طرح این سوالات (از قبیل آیا چنین کمیته قانونی و کثیرالهدف بوده می تواند؟ اعضای آن چطور انتخاب شده است؟ اگر کمیته وجود نداشته باشد تصمیم در مورد مسایل مهم محلی چطور اتخاذ می گردد؟) مورد تاکید قرار گرفته می تواند.

## ۲- تشخیص پرابلم های صحتی و خدمات صحتی

در این قسمت مرور دلچسپی مردم متوجه آگاهی در مورد پرابلم های صحتی و طررق چاره جویی آن میباشد. البته طوری که مبرهن است از هیچ جمعیت به تنهایی توقع برده نمی شود که جهت اجرای يك فعالیت خاص تشویق و ترغیب به اجراءات شود مگر اینکه متقاعد شود که فعالیت مورد نظر در رفع يك نیازمندی صحتی نقش عمده را بازی خواهد نمود مصاحبه کننده سوالات زیر را پرسان میکند؟ پرابلم های عمده، صحتی کدام است؟ کدام افراد از همه بیشتر متأثر گردیده اند؟ رهبران جمعیت کدام پروگرام عمده را جهت حل پرابلم خاص روی دست خواهد گرفت؟ رهبران جمعیت چه پیشنهاد در بهبود اوضاع دارند؟ چه کار را قبلاً انجام داده اند؟ آیا شما ارقام راجع آوری مینمایید؟ آیا نظرات ایشان در مورد خدمات عرضه شده چیست؟

### ۳- منابع مالی جمعیت و روحیه خود اتکایی

تعهدات مردم جمعیت در جهت تطبیق مراقبت های صحی اولیه باید بررسی شود. از نگاه عملی تعهدات جمعیت عبارت از تخصیص منابع مناسب مالی و تقبل روحیه خود اتکایی میباشد. برای بررسی این موضوع سوالات زیر پرسیده شود:

آیا جمعیت پرابلم های صحی خود را تشخیص نموده است؟

آیا مردم اهداف خود را با اهداف خدمات صحی به غرض نیل روحیه خود اتکایی هم آهنگ ساخته اند؟

آیا در جمعیت شما مثال سازمان دهی و پیشبرد فعالیت های صحی بصورت رضاکارانه و به اساس روحیه خود اتکایی موجود است؟

کدام گروه جمعیت برای ارتقای صحت نسبت بدیگران کار های بیشتری را انجام بدهند؟

#### ۴- کارگر صحتی جمعیت

طوری‌که مطالعه نمودید ارزیابی مفصل کارگر صحتی قریه و دایه های محلی در بخش پنج صورت گرفت. درینجا مردم بصورت خاص قناعت و رضایت خود را از صورت کار کارگران صحتی جمعیت و دایه های محلی و درجه حمایت ایشان بررسی میدارند. حمایت درینجا نه تنها به مفهوم نظارت اجراءات کار ایشان بوده، بلکه متضمن شناسایی اجتماعی، تهیه کمک های مالی و غیره پاداش ها و مکافات نیز میباشد. اگر احياناً روابط بین کارگران صحتی جمعیت و دایه های محلی و مردم در جمعیت تیره و مغشوش شود تیم تحقیقاتی سعی نماید تا اسباب آنرا برای خود معلوم نمایند:

آیا این تیرگی روابط زاده این حقیقت است که اکثراً مردم کدام پاداش یا مزد (نقدی یا جنسی) نمیدهند؟ و یا اینکه کمیته ملی از صلاحیت های نظارتی خود استفاده نمی نمایند؟ اگر پرابلم عمدتاً مربوط به عدم توانایی در رعایت دساتیر از طرف کمیته ملی باشد درین صورت تیم تحقیقاتی شاید به کمیته ملی طرق بهبود و تقویه کمیته های محلی را پیشنهاد نماید.



## ۵- سهم گری سایر سکتورها به صحت

درین قسمت شیوه و طرز کار سایر سکتورها به ترتیب که منجر به حصول نتایج مکمله و نهایی شود، بررسی می گردد. همچنان چگونگی سازمان دهی جمعیت جهت بر خورد با این پرابلم ها باید مطالعه شود. در جریان سروی مصاحبه کنندگان باید از رهبران تحقیق نمایند که آیا هر يك از سکتورها دارای کارگران جمعیت اختصاصی خود میباشند؟ و آیا ایشان محض در سکتور معینه خود کار مینمایند و یا برای پیشرفت کار با افراد مشابه خود در سایر سکتورها مشوره و هم کاری میکنند؟ علاوهً ایشان باید سعی در یافتن میکانیزمی بنمایند که باید بالوسيله آن کلیه فعالیت های انکشافی جمعیت انسجام یافته و هم آهنگ ساخته می شود. آیا کارگران سکتورهای مختلف فعالیت های مشابه را پیش می برند؟

در جریان کار از رهبران جمعیت پرسید شود که آیا ایشان از طرف سکتور مربوطه اطلاع یافته اند که پروگرام ها به همکاری یکدیگر روی دست گرفته شده تا متمم یکدیگر واقع شود.

- آیا نزد رهبران جمعیت این احساس بیان آمده که این پروگرام بشکل انسجام یافته آن پیش برده شد؟

- آیا نتایج حاصله کار ایشان را در نیل به اهداف نزد کمتر می سازد؟

برای مثال هر گاه قیمت مواد غذایی سببایدی (كمك هزینه) می شود باز هم افراد بی بضاعت قادر به خریداری مواد غذایی نمیشوند؟ اگر خانواده ها از فارم مرغ خریداری میکنند آیا ایشان این مرغ ها را برای خانه به مصرف میرسانند و یا آنرا به بازار می فروشند و از پول آن برای مقاصد دیگر استفاده می نمایند؟ آیا درین جمعیت کدام سیستم کريدت (اعتبار قرضه) وجود دارد؟ آیا پروگرام انکشاف زنان و سواد آموزی وظیفوی وجود دارد؟ آیا سازمان های غیر دولتی در اینجا وجود دارد و به چه فعالیت مصروف میباشند؟

ضمیمه ۳ يك مثال خوب پرسشنامه رهبران جمعیت میباشد.

بخش ۷

سویه خانوار

## مقدمه

درین قسمت هر دو معلومات معمولاً در جریان يك مصاحبه در منزل به شمول مشاهدات شخصی که توسط مصاحبه کننده بعمل می آید، از اعضای خانوار جمع آوری می گردد. در ارزیابی مراقبت های صحی اولیه و سروی های خانوار یگانه وسیله جمع آوری ارقام حصابوری مؤثق از قبیل وضع صحی مردم، پوشش خدمات صحی، ارکان مراقبت های صحی اولیه سطح استفاده از خدمات صحی و غیره میباشد.

مصاحبه کننده در جریان گفتگو با یکی از اعضای آگاه و مطلع خانواده (پاسخگوی) سوالات خود را مطرح میسازد. در اغلب اوقات پاسخگوی شاید خانم خانه باشد. علاوه بر ارقام احصابوری با مشاهدات عینی نیز جمع آوری می شود. در ین سویه پرسشنامه باید تا حد ممکن کوتاه، سازمان یافته و عاری از هرگونه ابهام باشد. تا اینکه ارقام بصورت متحد الشکل و موثر جمع آوری شود. دست یافتن و حصول معلومات در سطح منزل از همه بیشتر دارای ارزش میباشد. اما کار سهل هم نیست. بهر حال در مورد جمع آوری معلومات در ین سویه تأکید اساسی در آن است تا معلومات « صرف بخاطر جمع آوری معلومات » جمع آوری نگردد. شاخص ها مهم « انتخاب معیارات قرار ذیل است:

آیا این شاخص ها برای تصامیم در مورد پالیسی برای واری از پیشرفت پروگرام ها و جمع آوری معلومات (تخنیکی، مالی و اداری) مناسب است؟

**مسایل عمده، که درین سویه قابل مطالعه میباشد، قرار ذیل است:**

**\* عوامل تعیین کننده اجتماعی و اقتصادی به شمول همکاری های کلیدی بین سکتوری و اشتراك مساعی جمعیت که سطح انکشاف را در سایر سکتورها مستقیماً یا غیر مستقیماً تحت تأثیر خود قرار میدهد.**

**\* عرضه خدمات صحی:** درین زمینه جوانب مختلفه از قبیل دست رسی، قابل قبولیت، قابلیت تحمل، کیفیت و استفاده از خدمات صحی طور که در سویه خانوار قابل درك است، تحت مطالعه قرار بگیرد. نکته قابل یاد آوری اینست که عین معلومات به ارتباط تسهیلات صحی نیز در نظر گرفته شود.

**\* معیارات صحی پروگرام های که به صفت اولویت در مملکت قرار میداشته باشد، نیز جمع آوری می شود. در حالیکه يك قسمت دیگر ارقام حاصله از سروی های منازل یگانه و سیله حصول ارقام میباشد. در حالات که سطح پوشش سیستم اطلاعات صحی بهبود می آید. ضرورت به جمع آوری ارقام در سطح خانوار کاهش می نماید.**

## ۱- ملاحظات متودلوجيك

### طرز العمل نمونه گیری Sampling procedure

در مرور مراقبت های صحی اولیه واحد اساسی نمونه گیری احصایوی عبارت از خانوار میباشد. در عین حال در بین طرز العمل نمونه گیری بعضی از ارکان (Clustering) نیز شامل میباشد. طرز العمل نمونه گیری به تفصیل در ضمیمه اول بحث شده که در آن امکانیت یا خوشه ای گرفتن نمونه های بسیار از هم متفاوت به منظور تأمین دقت در تخمین (Precision estimate) مورد بحث قرار گرفته است. برای مثال، نمونه احصایوی اسهالات نسبت به يك نمونه احصایوی برای مطالعه و اکسیناسیون چهار چند بزرگتر می باشد. اگر در تحت اینگونه حالات اگر این امکانیت موجود نباشد که تمام سوالات از تمام خانوارهای شامل نمونه احصایوی پرسان شود زیرا پرسش تمام سوالات از تمام خانوارها چندان عملی و منطقی نبوده بنابراین بغرض کاهش حجم نمونه احصایوی يك نمونه گیری سیستماتيك فرعی اجرا می شود. (مثلاً از هر چهار خانه يك خانوار انتخاب میشود) درین کار باید احتیاط زیاد بکاربرده شود زیرا نمونه گیری سیستماتيك فرعی سروی را مغلق تر میسازد.

علاوتاً بنابر همین ملحوظ هیچگونه نتیجه گیری از کلستر های واحد شده نه می تواند. در حالیکه نتیجه گیری از سیمپل های بزرگ منطقوی بشکل بهتر صورت گرفته می تواند. اما آن هم مربوط به جوابات ارایه شده می باشد. تعداد کلستر و حجم نمونه های احصایوی نتیجه گیری را در مورد روابط بین ارقام مختلف عین پرسشنامه محدود می سازد. (مثلاً تعداد مرگ و میر به مقابل مسکن).

در نهایت باید متذکر شد که واقعات که نادراً بوقوع می آید و یا واقعات که تفاوت های بزرگ در بین گروه های نفوس نشان میدهد نیز ضرورت به سیمپل های بزرگ برای تأمین دقت در تخمین (Pre-estimation cision) ضرورت دارد. مثلاً: وفیات اطفال کمتر از يك ساله، وفیات خصوصی بعضی امراض و یا استفاده از مایعات اوا رس.

### مصاحبه خانوار

در طول دوره جمع آوری ارقام قسمت زیادی وقت، منابع و نیروی بشري در ارزیابی در سویه خانوار مصرف خواهد بود. درین سویه تأثیرات تمام جوانب مراقبت های صحی اولیه بالای وضع صحی مردم مطالعه شده و مورد پیمایش و سنجش قرار می گیرد. طوریکه قبلاً از آن معذکر شدیم درین نوع مطالعات برای رسیدن بیک نتیجه قابل اعتبار باید درجه دقت قابل قبول باید يك تعداد زیاد خانوار ها درین سروی شامل شود.

درین قسمت باید متذکر شد که درجه اعتبار يك تخمین احصایوی نه تنها بالای حجم سمپل متعلق است بلکه بالای کیفیت و قابلیت هريك از جوابات (پاسخ گوی) نیز میباشد. با این ترتیب طرز ارایه سوالات در مقابل پاسخگویی حایز اهمیت زیاد میباشد. درین مورد تربیه مصاحبه کنندگان از جمله مطالب خیلی مهم در اجرای سروی پنداشته می شود. ترتیب يك پرسشنامه انتخابی و اختصاصی در صرفه وقت و حصول ارقام قابل اعتماد خیلی ها مهم میباشد. درین مورد علاوه باید متذکر شد که مصاحبه کنندگان درعین حالیکه پاسخگویان را در اجرای مصاحبه بقدر کافی تشویق نمایند و باید بدانند که چطور بصورت مناسب سوالات را بشکل مطلوب آن از پاسخگویان پرسان نمایند.

مصاحبه کنندگان در جریان مصاحبه باید این توانایی را داشته باشند که سوال را به ترتیب پرسان نمایند که توسط پاسخگویی به خوبی مفهوم شده بتوانند. برای ایجاد سهولت مصاحبه کننده می تواند از اصطلاحات محلی استفاده نموده و سوالات را به غرض ایجاد سهولت در فهم آن طوری تعدیل نمایند که در معنی واقعی آن کدام انحراف بمیان نیاید. در اجرای مصاحبه، مصاحبه کننده باید يك فضای گوارا و مطلوب را باید خلق نماید. در جلب همکاری و افزایش درجه سهم گیری در اجرای سروی تعلیمات صحی، پاکت های اوارس و بعضی ادویه عام مورد استعمال در سویه خانه به پاسخگویان داده شود. با این ترتیب از مصاحبه به صفت يك فرصت تعلیمی و تربیوی به غرض تشویق و ترغیب پاسخگویان باید استفاده اعظمی نمود تا پیغام صحی و اطلاعات لازمه به مردم برسد تا مورد استفاده قرار بگیرد. اگر چه این روش باعث طولانی شدن وقت مصاحبه می شود اما موضوع زیاد مهم است باید حتماً در نظر گرفته شده و وقت کافی برای ان تخصیص داده شود. بهر حال احتیاط لازم بخرچ داده شود که پاسخگویان در ارایه جوابات به انحراف از واقعات مجبور ساخته نشوند. شاید درین کار موضوع مطلوب این باشد که فعالیت های تعلیمات صحی را تا ختم مصاحبه مؤکول ساخت.

### پرسشنامه Questionnaire

طوری که قبلاً نیز از آن تذکار بعمل آمد که اصل مهم در پرسشنامه عبارت از انتخابی بودن آن در ترتیب سوالات میباشد. در عین حال پراپلم های دارای اولویت و معیارات مناسب حال مملکت باید شناسایی گردد. دلیل دیگری که باید پرسشنامه خلص باشد اینست که اگر مصاحبه مدت زیاد را در بر بگیرد. شاید پاسخگوی از ادامه مصاحبه خودداری نموده و در نهایت شاید هم حاضر به ارایه جوابات نشود. بنابراین یکتعداد محدود سوالات مربوط بیک تعداد معیارات مناسب انتخاب شود تا در يك وقت کم معلومات مورد نظر جمع اوری شود درین صورت شاید مایحصل کار سروی نسبت به سوالات جامع و زیاد دارای نتایج بهتر و بیشتر باشد. درین گونه سروی ها سوالات تاحد امکان واضح و آنقدر مرتب باشد تا تعداد کثیر سوالات مربوط بیک واحد نمونه وی به سهولت در سویه منزل تحلیل و ارزیابی شده بتواند.

فورمه های A و B در ضمیمه ۴ مثال های سروی خانوار و پرسشنامه پوشش واکسیناسیون میباشد. فورمه A یکی مثال خوب برای استفاده در سروی های خانوار در يك كلستر میباشد. موجودیت ۱۰ ستون درین فورمه واحد این امکان را میسر میسازد تا ارقام مربوط ۱۰ خانوار در يك دسته از منازل آن درج شود. درین مورد ناکفته نباید گذاشت که در طرح و دیزاین این پرسشنامه ها صرف آن سوالات که جوابات آن قبلاً تهیه شده باشد گنجانیده می شود. برای جوابات تحریری بیشتر جاي کافی وجود نمیداشته باشد. مفاد این فورمه ها اینست که مصاحبه کننده در سفر های ساحوی خود بغرض سروی صرف تعداد محدود ازین فورمه ها را با خود برده، تحلیل و ارزیابی آن ساده تر و سهل تر صورت می گیرد.

بهرحال این طرح و دیزاین مناسب ترین همه دیزاین ها تحت همه شرایط نمی باشد. در اکثر حالات يك لست کوتاه تر سوالات نسبت بیک لست طولانی مرجح و قابل توجیه میباشد. درین مثال يك تعداد کثیر سوالات مطالب مختلفه را احتوا میکند. مثلاً: خصوصیات عمومی استفاده، آگاهی صحت و خدمات مرتبط به صحت، معافیت، اسهال، ملاریا، مسکن، حمایه طفل و مادر میباشد (موضوع اخیر صرف وقت مورد مطالعه قرار داده می شود که يك طفل کمتر از پنجساله در خانوار مسکون باشد) سوالات مربوط به ملاریا، اسهال و مسکن هنگامی پرسان می شود که در منطقه پروگرام ملاریا وجود داشته تا تدابیر جهت مقابله به آن اتخاذ شده بتواند.

از فورمه B برای بررسی وضع معافیت به پیمانہ وسیع استفاده می شود، این فورمه صرف با اطفال ۱۲ - ۲۳ ماهه سر و کار دارد. در اثنای خانه پری این پرسشنامه این موضوع در نظر باید باشد که صرف آن سوالات پرسان گردد که ارتباط مستقیم در شرایط موجود داشته باشد. محض آن معلومات که از منابع دیگر بدست آمده نتواند درینجا پرسان شود. همه سوالات باید بر اساس موضوع یا پروگرام بدسته های مختلف تقسیم شده وبصورت منطقی متعاقب يك دیگر لست شود. پرسشنامه باید با سوالات ساده آغاز شده تا پاسخ گوی در ابتدا احساس راحت و آرامش نموده وبعداً سوالات مغلق تر را ادامه داده و در نهایت به سوالات حساس پرداخته شود.

بعضی موضوعات که در سویه منزل ارتباط می گردد به شرح زیر راجع به آن مطالعه صورت می گیرد. سوالات ضمیمه ۴ را که عین سلسله را تعقیب نمی نماید. نیز ملاحظه کنید. درین ضمیمه نه موضوع ونه پرسشنامه جامع بوده و حاوی همه مطالب نمیشد. بلکه هدف آنست تا پروسس انتخاب معیارات مهم برای اولویت های صحی تحریک و تشویق نموده و در نتیجه يك نمونه از سوالات رابدست بگذارد تا دريك تعداد سروی ها از آن استفاده بعمل آمده و قناعت بخش پنداشته شده بتواند.

## ۲- عوامل اجتماعی و اقتصادی

بصورت عمومی این عوامل اجتماعی و اقتصادی به صفت عوامل تعیین کننده سطح صحت و سلامت افراد تلقی می شود. در سطح منزل این عوامل انعکاس دهنده وضع انکشافی و ترقی تمامی سکتور ها در زندگی افراد میباشد. با استفاده از معیارات از قبیل سطح استخدام، سطح عاید، سواد، حاصلات زراعتی و مزدها می توان گروه های آسیب پذیر و طبقات محروم را در ساحات اقتصادی، تعلیم و تربیه و انکشاف اجتماعی شناسایی نموده اگر نمونه احصایوی به اساس متود های احصایوی اخذ شده باشد پس این معیارات به تفکیک گروه های فرعی به ارتباط اوضاع صحتی یا باسویه های مختلفه انکشاف مراقبت های صحتی اولیه مورد تحلیل قرار گرفته می تواند.

### استخدام و سویه عاید

در جریان سروی ساحات غیر متجانس (Heterogeneous) <sup>برای</sup> مطالعه وضع استخدام و منابع عاید شاید خیلی مناسب باشد. این کار زمینه را برای توضیح اوضاع صحتی (سطح صحت و سلامت) در گروپ های فرعی امکان پذیر و مسیر میسازد. زیرا عوامل خطر (Risk factor) در بین دسته های مردم که در زراعت و مالداري مصروفیت دارند به مقایسه آنها که به صنعت و ماشین سر و کار دارند، خیلی از هم متفاوت میباشد. این معیارات سطح استخدام سویه بیکاری یا کم کار و تناسب زنان را که نیروی کار را میسازن، نیز نشان میدهد. لکن استفاده از این معیارات در ممالک که اکثر مردم مشغول کارهای انفرادی نموده و خود مستخدم خود بوده و یا درسکتور های غیر رسمی اجرای وظیفه میدارند، مشکل بوده و همین قدر کافی خواهد بود که از منبع عاید ایشان پرسان شود و بس. زمین داری، داشتن گاو، موتر، تلویزیون و غیره ملکیت ها و دارایی ها انعکاس دهنده ثروت بوده و وسیله بدست آوردن عاید از جمله معیارات توزیع عاید فامیل ها بحساب می رود. در نهایت تمام این همه مطالب در عوامل اجتماعی زیان آور (خطر) تلقی می گردد که بالای صحت تأثیر وارد مینماید.

### سواد کاهلان

در پیشرفت مفکوره «صحت برای همه» تعلیم و تربیه پرسونل دارای تاثیرات خیلی قوی میباشد. یکی از معیارات تعلیم و تربیه که در تأمین صحت مردم رول بارزشی دارد همانا درجه سواد مردم مخصوصاً در بین زنان میباشد. زیرا زنان از جمله همان افراد هستند که بیشتر از سایر اعضای فامیل در رفع نیاز مندی های صحتی اعضای خانواده مخصوصاً اطفال موثر ثابت می شوند. علاوه سویه سواد یک معیار عدالت اجتماعی نیز پنداشته می شود. سطح سواد مردم به تفکیک تعداد سال های تعلیمی در مکتب و ظرفیت خوانش وظیفوی مورد بررسی و ارزیابی قرار می گیرد.

## مسكن

خانه و مسكن داراى تأثيرات قابل ملاحظه بالاي صحت افراد ميباشد. درين مورد اولين معيار قابل استفاده عبارت از تعداد افرادى است كه دريك اتاق زندگى مينمايند. علاوهً طبيعت و ساختمان خانه از قبيل حجم، عايق بودن مقابل درجات نهايي حرارت سرد و گرم، موجوديت آب، تسهيلات حفظ الصحوي، موجوديت حيوانات تهويه، روشنى و پاكي اطراف محيط منزل درين ارتباط در نظر گرفته مى شود. معيارات واقعي و قابل قبول، بايد مطابق به شرايط و اوضاع محلى ويا مملكت تعين و مشخص گردد. درين ارتباط تغييرات كه در روشنى معيارات در طول يك دورهء زمانى رخ ميدهد نسبت به ارزش مطلقه آن اهميت بيشتري دارد. ازينرو مطالعه اوضاع مسكن در ممالك كه داراي چنين پروگرام تهيه مسكن هستند مناسب تر ميباشد. در غير آن اگر پروگرام موجود نباشد زمينه براى ايجاد اصلاحات نيز در ميان نفي آيد.

يادداشت: ارقام مربوطه توسط يك چك لست قبلاً تهيه شده به شكل بهتر بدست مى آيد تا به ارايه سوالات پاسخگوي در خانوار.

## آب

آب رول عمده در تأمين صحت دارد. صرف موجوديت يك منبع آب هيچگاه بذات خوديك تضمين براى حصول دايمى آب و محفوظيت آن پنداشته نفي شود. همچنان يك منبع مستلزم داشتن آبرو بوده كه آب هاى اضافى ذخيره نشده زيرا در غير آن آب باعث ايجاد شرايط نامساعد براى صحت مى شود. در صورت عدم موجوديت منبع آب در داخل منزل موجوديت نل عمومى و يايك چاه محفوظ در مجاورت منزل (در يك فاصله معقول پياده روى مثلاً براى ۱۵ دقيقه) از جمله معيارات ديگر است. سوال درينجا ست كه آيا اين آب هميشه در دست رس مردم قرار دارد؟ اگر باز هم معلومات بيشتري مورد ضرورت باشد مثلاً تسهيلات ذخيره آب در داخل خانه بايد تحت مطالعه قرار داده شود تدابير حفظ الصحوى ضد عفونى آنرا مخصوصاً به ارتباط امراض اطفال و كودكان بايد در نظر گرفت.

## مواد خوراكه و مصئونيت غذايى

موجوديت مواد غذايى، احتياجات غذايى و پاليسى قيم مواد غذايى به صحت مردم ارتباط نزديك دارد. سوالات كه در ين مورد مطرح ميشود عبارتند از:

- چه نوع مواد غذايى از همه بيشتري مصرف مى شود؟
- آيا مواد خوراكه مفيدى قابل دست ياب موجود بوده و مردم تحمل خريد آن را دارد؟
- آيا حكومت اقلام مواد غذايى را سبسايدى مينمايد؟
- کدام پروگرام كنترول قيم مواد غذايى وجود دارد؟
- آيا درين منطقه كشت مواد خوراكه مغذى و پروگرام مرغداری وجود دارد؟
- آيا در مكاتب و كودكستان کدام پروگرام متمم غذايى رويده است؟



علاوتاً موضوع مهم دیگر آنست که کدام گروه مردم منطقه ازین پروگرام نفع برداری مینمایند. آیا اینها کسانی هستند که از همه بیشتر نیازمند و محتاج باشند؟ برای مثال پالیسی تعین قیم در مورد بعضی اقلام ضروری مواد غذایی شاید منجر به پیدایش غذایی و دست یابی مردم نادار به آن نشود. زیرا شاید ایشان قادر نشوند که اغذیه مذکور را به مقادیر کافی بدست بیاورند و یا مواد خوراکی ارزان قیمت برای ایشان میسر نشود. همچنان مثال زنده دیگر عبارت از پروژهء مرغداری در يك دهكدهء میباشد که مرغ های آن به غرض حصول پول به بازار به فروش رسیده و مردم مؤلد از آن محروم میمانند.

### سایر عوامل

به ارتباط وضع عمومی مملکت و اهداف سروی موضوع مطلوب این خواهد بود که سهم سایر سکتورها (به علاوه، آنهای که فوقاً به تفصیل از آن بحث بعمل آمد) را در تأمین و ارتقای صحت تحت مطالعه قرار داده شود. علاوتاً لازم است تا با يك نظر دقیق در پخش و انتشار معلومات صحی توسط سایر سکتورها تحت مطالعه قرار<sup>دارد</sup> شده تا دیده شود که از نگاه تربیوی و تقویتی چه تأثیرات را بالای صحت دارا میباشد.

برای مثال: آیا سکتور زراعت معلومات کافی در مورد استعمال محفوظ حشره کش ها و تأثیر سمی آن بدست رس مردم می گذارد؟ همچنان باید بصورت همه جانبه متوجه شد که سایر سکتورها در مورد جوانب تقویت صحت نظریات متضاد، مخالف و یا متمم را ب مردم عرضه میدارند یا خیر؟ این همه معلومات مخصوصاً که ارتباط مستقیم به صحت دارند توسط کارگران توسعه زراعتی، معلمین، کارگران اجتماعی توسط پرسشنامه در سویه منزل جمع آوری شده می تواند.

در نهایت مطالعه سیستم های کوپراتیفی و پروسه تشویق مردم بغرض سهم گیری معلومات کافی را بدست رس می گذارد. در ین ارتباط به سوالات زیر باید پاسخ گفته شود:

- آیا مردم جهت اجرای پروژه های انکشافی به تمویل پروژه ها موافقت دارند؟

- آیا مردم در ادای سهمیهء مالی به کدام پرابلم مواجه نه میباشند؟

- آیا ایشان از سیستم کمک مالی مستفید شده اند؟

- آیا مردم گاهی در يك فعالیت دسته جمعی اشتراك عمل نموده اند؟

- آیا از کارگران صحی جمعیت خود رضایت دارند؟

- آیا مجالس کمیته محلی قریه بصورت منظم دایر می گردد؟

این مطالب برای بررسی کار ساده نبوده زیرا تا به حال کدام معیار قابل اعتبار بیان نیامده است. بنابراین در يك مصاحبه مختصر حصول این همه معلومات که انعکاس دهندهء اوضاع و شرایط محلی باشد خیلی مشکل به نظر می رسد. مع هذا اشتراك مساعی مردم جمعیت تطبیق پروگرام ها مراقبت های اولیه اهمیت قاطع داشته و با استفاده از قضاوت های ذهنی (سبجیکتیف) مردم جمعیت بررسی خواهد شد.

### ۳- عرضه خدمات صحی

جمع آوری معلومات درمورد دستیابی، استفاده و کیفیت خدمات صحی کار مشکل خواهند بود. درین مورد باید متوجه شد که داشتن يك معیار مرکب Composite Indicator برای عرضه خدمات صحی بهتر خواهد بود. تا بصورت مطمئن گفته شده بتواند که ۷۵٪ نفوس منطقه از خدمات صحی با کیفیت عالی برخوردار میباشد. این در واقعیت يك معیار پوشش (Coverage) میباشد اما برای این کار کدام نوع معیار قناعت بخش در حال حاضر وجود ندارد. بنابراین باید مفکوره عمومی پوشش عرضه خدمات صحی به ارکان مختلف تفکیک و سعی گردد تا در مورد هر يك از جوانب آن معیارات خوب دست یاب گردد. یکی از طرق اینکار در تفکیک هر يك از سویه های عرضه خدمات (سویه اول عرضه به مقایسه سویه های ثانوی و رجعتی عرضه خدمات صحی) میباشد طریقه دیگر آن به تفکیک پروگرام های مختلفه صحی مثلاً حمایت طفل و مادر، معافیت، حفظ الحصه محیطی وغیره میباشد بالاخره نوع اخیر آن از نگاه مفکوره معیارات برای قابل دست رسی استفاده از خدمات صحی وضع مینماید.

### قابلیت دست رسی Accessibility :

برای پیمایش درجه دست رسی باید به جوانب مختلف نظر انداخته شود:

#### دست رسی فزیکى:

یکی از اولویت های مهم در عرضه خدمات صحی دست رسی فزیکى است. برای نیل به این مرام مرجع آنست که يك تعداد محدود پروگرام های صحی مثلاً تهیه آب مشروب، حمایه طفل و مادر و خدمات معالجوی در سویه اول انتخاب شده برای هر يك آن معیار اختصاصی وضع نمایید. درعین حال سعی کنید که چطور دست رسی را تعریف نمایید برای مثال يك ساعت پیاده روی از منزل تا به مرکز صحی، و یا نیم ساعت سفر توسط گادی وغیره. اینگونه معیارات در نواحی مختلف شاید تفاوت نموده و حتی در مورد ارکان مختلف خدمات صحی شاید فرق نماید، این موضوع را باید یاد داشته باشید که دست رسی فزیکى در سویه جمعیت نسبت به سویه منزل بهتر بررسی می گردد چون منازل در يك جمعیت بعضاً پراکنده و از هم دیگر دور از واقع شد می باشند.

## Economic and cultural accessibility (ثقافتی)

دست رسی اقتصادی عبارت از توانایی مردم در پرداخت اجرت معاینات یا پرداخت قیمت ادویه و یا هردوی آن می‌باشد. اگر همه خدمات صحتی در جمعیت عرضه شود ولی نه فرد و مردم قدرت تادیه پول آنرا نداشته باشند پس از نگاه اقتصادی قابلیت دست رسی ندارند.

دست رسی کلتوری عبارت از پذیرش و استفاده از خدمات صحتی می‌باشد. مثلاً در بعضی از جوامع کارگران صحتی زنانه نسبت به مردانه در عرضه خدمات صحتی بران طبقه اناث ترجیح داده می‌شوند. قابلیت دست رسی همچنان به این مفهوم است که خدمات باید به اولویت‌های صحتی ارتباط و مناسبت داشته و اهمات صحتی یا کیفیت مناسب را به مردم عرضه میدارد.

## Utilization of Service استفاده از خدمات

استفاده از خدمات صحتی یا بعبارء پوشش واقعی به صفت فیصدی مردم است که واقعاً به آن خدمات ضرورت داشته و از آن در مدت معینه مثلاً يك سال استفاده می‌نمایند. برای مثال فیصدی اطفال معروض بخطر که واکسیناسیون شده، فیصدی زنان حامله که واقعاً از خدمات انتی نتال استفاده نموده و یا زایمان ایشان توسط پرسونل تربیه یافته سرپرستی شده، تحت پوشش خدمات صحتی قرار گرفته اند. همچنان فیصدی مردم که به خدمات طبی معالجوی نیاز داشته به تسهیلات صحتی مراجعه نموده از آن استفاده میدارند درین زمره شامل می‌باشد. این مطلب در مورد بررسی کیفیت عرضه خدمات صحتی در سویه اول از همه بیشتر مورد پسند و تطبیق قرار می‌گیرد. همچنان وضع مراجعت به سویه‌های بالاتر بغرض جستجوی تداوی و معالجه مناسب می‌باشد. آیا مردم ازین خدمات طبی به تصمیم وابتکار خود استفاده مینمایند و یا به مشوره کارگران صحتی به آن مراجعه مینمایند؟ آیا کدام پرابلم صحتی بخصوص وجود دارد که مریضان به سویه بالاتر تسهیلات صحتی غرض تشخیص و تداوی آن مراجعه میدارند؟

طوریکه به ملاحظه میرسد مردم به ترتیب که توقع برده می‌شود از خدمات صحتی موجوده مخصوصاً در سویه اول استفاده صحیح نمی‌دارند. درین گونه حالات باید دلایل آن دریافت شود. در بعضی حالات بنابر عدم موجودیت ادویه ضروری و یا ساعات نامناسب کار مرکز صحتی از آن استفاده بعمل نمی‌آید. زیرا ممکن در عین ساعات کار شاید مادر یا پدر طفل در فابریکه و یا در امور زراعتی خود مصروف کاری باشند. علاوه مردم به تسهیلات صحتی بزرگ مثلاً شفاخانه حتی در فواصل دور جلب می‌شوند و به آن مراجعه میدارند. در بعضی نواحی عرضه خدمات صحتی علی البدل (مثلاً طب عنعنوی) نیز مورد بررسی قرار بگیرد تا دیده شود که مردم از آن استفاده می‌نمایند یا خیر.

### کیفیت عرضه خدمات صحتی

بصورت ایدیال معیارات سطح پوشش با معیارات کیفیت عرضه خدمات صحتی مکمل یکدیگر باید شوند. اگر چه استفاده از خدمات صحتی به ذات خود يك انعکاس کیفیت آن میباشد. اما کنترل کیفیت موضوع مغلق بوده و مستلزم تهیه پروفیل يك تعداد از معیارات ضروری میباشد. این معیارات برای مقاصد اداری و فعالیت های نظارتی مخصوصاً در سویه ناحیوی (ولسوالی) مورد ضرورت واقع می شود. چون يك مقدار زیاد معلومات مربوطه به کیفیت در سویه جمعیت به وجه بهتر جمع آوری می شود. بنابراین يك تعداد معیارات به شکل چك لست در پرسشنامه سروی خانوارها شامل ساخته شود. مثلاً نوع معلومات که برای مادران در مورد معافیت، کنترل اسهالات و غیره داده می شود. این معلومات را به شما کی داد؟، مادر حامله تحت چند معاینه قبل الولات قرار گرفته است؟ آیا طفل بعد از زایمان وزن شده بود؟

#### ۴- معیارات پروگرام های صحی

طوری که فوقاً از آن تذکر بعمل آمد پوشش صرف هنگامی دارای مفهوم واقعی میشود که به یکی انواع خدمات ارتباط بگیرد برای مثال بعضی از امثلهء ارکان مراقبت های صحی ذیلاً داده شده است.

##### تعلیمات صحی

جمع آوری معلومات در باره سواد صحی «Health literacy» مخصوصاً به ارتباط فهم و دانش مردم در باره تغذی، نیازمندی های صحی و چگونگی وقایه و جلوگیری پرابلم های عام صحی خیلی ضروری میباشد. تیم تحقیقاتی پروگرام های صحی محلی ملی را که شامل تعلیمات صحی نیزمی باشد تحت مطالعه قرار داده و بعداً معلومات دقیق تر را در ساحات خاص با پرسش سوالات زیر بدست خواهد آورد:

- در مورد پرابلم ها چه نوع فهم و دانستگی وجود دارد؟
- آیا روش مردم تغیر یافته است؟
- کی و یا کدام منبع در پخش معلومات کمک خواهد نمود؟ (مثلاً ارتباط جمعی، کارگران صحی و خود مردم)

##### معافیت

معیاد که در معافیت مورد استعمال دارد همانا فیصدی اطفال معروض بخطر است که در مقابل امراض ساری دورهء طفولیت واکسیناسیون شده اند. (فورمه B ضمیمه ۴ را ملاحظه کنید) فیصدی اطفال که با تمام انتی جن ها کاملاً معافیت حاصل نموده عبارت از معیار است که به نمایندگی از مجموع خدمات صحی و حداقل سه تماس (مراجعه) بین خدمات صحی و طفل مورد بحث میباشد.

##### تغذی

وضع تغذی يك معیار مفید بوده و از اندازه گیری های انتروپومتريك بغرض بررسی رشد و نموی جسمانی اطفال استفاده می شود. همچنان و معلومات لازمه در نتیجه پروگرام های سرویلانس تغذی بدون اینکه مبادرت به اجرای سروی های خانوار شود بدست رس قرار می گیرد.

وزن كودك نوزاد (۲۵۰۰ گرام) يك معيار خوب تغذی جمعیت بوده (همیشه به فی هزار ولادت زنده محاسبه میشود) اما كم وزنی نوزاد نیز به بعضی امراض (مانند ملاریا) و یا كمبود های خصوصی مورد غذایی (مانند جاغور اندیميك) ارتباط می گیرد. لاکن در محلات كه نظارت زایمان ها توسط پرسونل صحی تربیه یافته كم باشد جمع آوری ارقام خیلی مشکل خواهد بود.

اندازه محیط بالایی بازو درین اواخر جهت بررسی سویه تغذی اطفال وسیعاً مورد استفاده قرار گرفته است این معیار خاصاً به ارتباط طول قامت طفل خیلی مهم میباشد. اما از نگاه بررسی (وقت) يك تعداد نواقص داشته اما به صفت يك وسیلهء تشخیص سویه تغذی در جمعیت پنداشته می شود برای واریسی رشد و نموی جسمانی اطفال آنقدر مورد استفاده ندارد.

#### حمایه طفل و مادر و كنترول امراض اسهالی و سایر پروگرام ها

طوریكه قبلاً گفته شد هر گاهی كه يك پروگرام از جمله اولویت ها بوده باید معیارات خیلی مهم جهت بررسی پیشرفت آن انتخاب شود. به ارتباط پروگرام حمایه مادر باید گفت كه مفیادات كه از قبیل دست رسی به معلومات فامیلی پلاتینگ فیصدی استفاده از طرق مختلف كانتروسیتیف و فیصدی زنان حامله كه برای مراقبت های قبل الولادت مراجعه مینمایند انعكاس دهندهء خدمات حمایه طفل و مادر تلقی می شود. معیارات امراض اسهالی (و یا امراض دیگر) انعكاس دهنده وسعت حجم وقوع امراض در اطفال (به شمول آنهای كه به كلینك مراجعه نمی نمایند) و درجه وقایه و كنترول در سویه خانوار میباشد.

## نمونه گیری برای سرویهای مراقبتهای اولیه صحت

### ۱- مقدمه

تصامیم پیرامون نمونه گیری خانوارها با افراد باید يك سلسله مشكلات وموانع را بشمول بودجه وزمان براي اكمال سروي ازمرحله پلان گذاري الي نشر آن، درنظر داشت. در اثنای این مشكلات مهم است تا واحد اساسي نمونه گيري را تشخيص وتعريف نمود. كه این واحداساسي براي سروي هاي مراقبت هاي اوليه صحي معمولاً خانوار خواهد بود واندازه نمونه باید سنجش شود. يك نمونه در تصميم گيري در مورد اندازه مناسب نمونه نيست. طوريكه كيفيت معلومات كه ازيك نمونه بسيار بزرگ بامشكلات مالي وفزيكي بدست مي آيد در نظرگرفته ميشود. ساختار نمونه نيزداراي اهميت ميباشد. معمولاً بعضي عناصر كلسترا شامل ميباشد وهرقدر تعداد كلستر ها براي اندازه يك نمونه معينه كمتر باشد به همان اندازه ارقام معلوماتي كمتر را دارا خواهد بود، پيش از آنكه ارقام جمع آوري گردد مهم است متيقن بود كه در مطابقت به منظور سروي با استفاده ازجد اول مرتبه تحت تحليل قرار گرفته ميتواند. ودر مورد طرز ارائه وگذارش ارقام بشمول جداول، چارت ها وگرافها نيز بايد فكركرده شود.

درحاليكه توجه به سايز وساختار نمونه پراهميت است بخاطر بايد داشت كه اهداف ومرام سروي، ومطالعات مراقبت هاي اوليه صحي داراي عين اهميت ميباشد ونه بايد گذاشت كه تحت ملاحظات احصائيوي قرارگيرند، سنجش هاي اولي در هر زمان اين باشد كه ايا ارقاميكه با استفاده از فورمه هاي مشخصي نمونه گيري جمع آوري ميگردد مفيدوقابل استفاده ميباشند، اين بالنوبه بايد درمقابل اهداف وسائر امكانات موجوده پيرامون سروي مورد سنجش قرارگيرد.

اين حالت به ندرت صدق ميكند كه ميتود بكلي (صحيح) وميتود ديگريكلي (غلط) باشد اما اين بهتر احتمال دارد كه يك انتخاب درين كم وبسيار مكفي واقع شود وگاهي بين اجراي چيزي بصورت سرسري وباعدم اجراي چيزي بصورت كل يقيناً يك متخصص احصاييه ميتواند رهنمايي نمايد وكرترياي اساسي را به خاطر بررسي فورمه ها وجداول نمونه گيري بخش هاي آينده پيشنهاد نمايد، مگردراخير مسؤوليت بدوش مينيچرسروي باقي خواهد ماند تا بداند كه نمونه هاي مختلف باسايز هاي مختلف بچه اندازه دركميت وكيفيت معلومات حاصله تاثير مي نمايد. منظورآنست تا درمقابل منابع بكاربرده شده استفاده اعظمي را حاصل نمود.

## ۲- بعضي مفاهيم اساسي

### واحد هاي اساسي نمونه گيري

معمولاً خانوار بصورت عموم واحد اساسي نمونه گيري سروي مراقبتهاي اوليه صحي ميباشد. ساير واحد هاي اساسي ممكنه انواع سروي هاي ديگر عبارتند از (جدول الف - مطالعه شود)  
جدول الف-۱ واحد هاي ممكنه انواع مختلف سروي ها

نوع سروي	واحد اساسي نمونه گيري
معافيت كتلوي EPI	اطفال سنين ۱۲ تا ۲۳ ماهه
حمايه طفل ومادر MCH	خانمهاي حامله
وضع تغذي	اطفال سنين ۱-۳ ساله (يا كمتر از ۵ ساله)
امراض اسهالي	اطفال كمتر از ۵ ساله (يا كمتر از ۲ ساله)
صحت محيطي	خانوار يا جمعيت
استفاده از خدمات صحي	خانوار

انتخاب واحد اساسي نمونه گيري نفوس مورد نظر سروي را تعريف مي نمايد، بطور مثال اگر مادران بحيث واحد اساسي نمونه گيري انتخاب گردند، متغيرهايي كه در سروي تحت مطالعه قرار ميگيرد عبارت از خاصيت هاي (مشخصات) چنين مادران خواهد بود يا اطفال همين نوع مادران يا خانوارهاي كه داراي چنين مادران باشند، نه اينكه بطور مثال مشخصات خانوارها بصورت عموم اندازه گيري نمايند. در مورد اكثر واحدهاي نمونه گيري يك چوكات ساده نمونه گيري وجود ندارد، يا بعباره ديگر يك لست ساده، كه انتخاب واحدهاي مشخص نمونه گيري را بدون رفتن به ساحه امكان پذير گرداند موجود نخواهد بود به شكل معمول اين امكان وجود دارد كه جمعيت هابه شكل قريه ها، بلاك هاي سرشماري، بلاك هاي شهري، جزيره ها وغيره انتخاب شوند، بعضي اوقات لست هاي خانوار چنين جوامع نيز موجودي باشد، بهر صورت از جمله نادر است كه ريكارد هاي صحي را پيدار نمود تا بصورت مكمل و UP-TO - DATE نفوس موجوده مادران شخص يا اطفال را دارا باشد، باز هم اگر چنين باشد خطرات عيني در ريكاربرد چنين ريكاردها بخطر انتخاب سمپل (نمونه) كه در



برسي پوشش استفاده از خدمات مراقبت هاي صحي ازان استفاده ميگردد ، وجود خواهد داشت از طرف ديگر ، اگريك ميتود قابل قبول بخاطر انتخاب يك به يك ازخانوارها برقرار گردد اين يك طرزالعمل غير مسقيم را براي دريافت نمونه ازواحد هاي نمونه گيري ازميان هريك خانوار مهيا ميگرداند. باوجود اينكه اگر منظور اصلي و اساسي سروي مطالعه يكي از واحدهاي ممكنه مختلفه نمونه گيري كه درجدول (الف-۱) لست شده اند باشد ، هنوزهم دلايل خوبي وجود دارد كه چرا سروي بايد درمورد نمونه خانوارها متكي باشد. همچنان سنجش درمورد ميتودهاي انتخاب خانوار بحيث واحدهاي اساسي نمونه گيري دربخش آينده محدود شده است.

مشكلات زماني واقتصادي معمولاً انتخاب رندم ساده نمونه هاي خانواررا ازميان خارج مي سازد. وكدام شكل نمونه گيري كلكسترمورد قبول واقع ميگردد ، وگروپ بندي طبيعي خانوارها چون قريه ها مورد استعمال قرار ميگيرد. اين ممكن است وبراى دلايل مصارف وكمي وقت اكثرأ ضرورت ميافتد تا مرحله ديگرنمونه گيري ببيان آورده شود. بطور مثال ابتدا ولسوالي انتخاب گردد بعد ازان قريه هاي شامل آن ولسوالي ، بلاخره خانوار هاي شامل قريه ها اين چوكات نمونه گيري چند مرحله اي درصفحات (..... تا ..... ) زير بحث گرفته ميشود وساده ترين حالت آن كه عبارت از انتخاب مسقيم قريه هاميباشد درصفحات (..... تا ....) بصورت مفصل در نظر گرفته شده است .

### انواع مختلفه اندازه گيري.

دريكسروي مراقبتهاي اوليه صحي ارقام به انواع مختلفه و متعدد اندازه گيري جمع آوري ميگردد. واكثر اين اندازه گيري ها ميزان هامي باشد. در تر مينولوژي نمونه گيري بين ميزان ها ( Rates ) تناسب (Proportion) ونسبت ها (Ratios) تفاوت واضح وجود دارد. يك تناسب عبارت ازميزان استكه مخرج آن مجموع تمام واحدهاي نمونه گيري در يك نمونه باشد، يا مجموع تعداد واحدهاي اساسي دركلسترهاي ميتعدد دريك ساحه جغرافيايي ميباشد.

يك نسبت عبارت از يك ميزان است كه مخرج آن قيمت هاي ديگري را دارا ميباشد بطورمثال ميتواند مجموع تعداد ديگرواحدها باشد يا تعداد واحدهاي اساسي دربعضي كلاسها كه كلسترهارا قطع مي نمايد خواهد بود.

قرق بين يك نسبت و تناسب زماني قابل اهميت ميباشد كه سايز نمونه تحت بررسي قرارگيرد وارقام تحت تحليل باشند. وقيمزان اكثرأ به بسيارآساني توسط يك مثال روشن شده ميتواند فرض نماييد كه

نفوس تحت هدف متشکل از خانوارها (که خانوارها نیز واحد اساسی نمونه گیری معنی میدهد) و این ممکن است که نمونه رندم ساده خانوارها بحیث کل از نفوس حاصل گردد و بعد تناسب نفوسی که دارای بیت الخلا میباشدند چنین تخمین خواهد شد:

تعداد خانوارهای دارای بیت الخلا در نمونه

تعداد خانوارها در نمونه

همچنین، فرض نماییم که منظوردیگر سروی عبارت از تخمین میزان مصابیت اسهال در بین اطفال کمتر از ۵ سال باشد. این میتواند از همان نمونه قبلی تخمین شود و توسط:

تعداد اطفال مثر از ۵ ساله که به اسهال مصاب اند

تعداد اطفال کمتر از ۵ ساله در نمونه

در این جافرق عمده از حالت قبلی این است که سائز نمونه دیگر بحیث قاسم بکار نرفته است و آن عبارت از اطفال کمتر از ۵ ساله در نمونه بوده که طی اجرای سروی دریافت شده و ارزش آن تازمانیکه سروی به اتمام نرسیده معلوم نمیگردد. این بذات خود يك عدم اطمینان را در تخمین حجم نفوس نمونه بارمی آورد و به همین دلیل يك نسبت ازین نوع يك تخمین با دقت کمتر را نسبت به تناسب ساده برای عین سائز نمونه خواهد داد.

انواع دیگر اندازه گیری نیز میتواند در يك سروی استعمال گردد. در يك اندازه گیری به شکل کتگوری، سوال شونده در یکی از کلاسها یا کتگوریهای متورد مختلف خواهد افتاد (بطور مثال بمنظور تدایو مریضی دفعه آخرت بکجارتفته بودی؟) کتگورها شاید به شکل طبیعی ترتیب شده باشند (بطور مثال اوسط محیط بالای بازو در زون سرخ، زرد یا سبز) نظریات میتوانند با اساس سکیل کتگوری ترتیب شده ثبت شوند (بطور مثال، قویاً موافق، موافق بدون اظهار نظر، مخالف، شدیداً

مخالف) اما اینها برای مطالعات مراقبتهای اولیه صحتی بخاطر مشکلات در تغییر آنها آنقدر مناسب واقع نمیکرد.

ارزش های عددی میتواند به شکل اعداد تام (معمولاً اعداد تام، مانند تعداد اطفال یا عمر به سالها) یا به شکل اندازه های عشاری و کسری (مانند اندازه وزن، قد و غیره) واقع شوند، وقوع اندازه های کسری در مطالعات مراقبتهای اولیه صحتی کمتر اتفاق می افتد، زیرا لوازم اندازه گیری دقیق ضروری بوده و وقت زیاد را دربرمیگیرد.

#### کیفیت معلومات: اشتباهات و عدم اطمینانیت:

میتودهای جمع آوری ارقام که در ذیل توضیح میگردد تخمین ارزش های نفوس را بدون اشتباهات مهمی میگرداند هرگاه يك تخمین بدون اشتباه باشد، این ممکن است تا درجه عدم اطمینانیت ارزش تخمین شده توسط انحراف معیاری  $srandard\ Error$  یا  $se$  بررسی میگردد. اگر بصورت درشت سخن گفته شود يك اطمینان  $95\%$  موجود است که ارزش واقعی پرامتر نفوس بداخل انتروال ذیل واقع شود:

$(+2\ Se)$  ارزش تخمین شده) تا  $(-2\ Se)$  ارزش تخمین شده)

این انتروال بحیث  $95\%$  انتروال معتبر شناخته شده (و بعضی ازمثال ها در صفحات ... تا ... داده شده) اندازه انحراف معیاری هر تخمین مربوط به سه چیز است :

سایز نمونه (هر قدر سایز نمونه خورد تر باشد بهمان اندازه انحراف معیاری بزرگتر میباشد).

ساختار نمونه (هر قدر ارقام منشعب شده باشند بهمان اندازه انحراف معیاری بزرگتر میباشد) و طریقه مطالعه اندازه های که درین نفوس تحت هدف توزیع شده باشند، هیچ تخمین بدون ارائه انحراف معیاری نباید بیان گردد. باوجود آنکه اگر سروی دیزاین شده باشد و سایز نمونه انتخاب شده باشد تایک دقت معین (بطور مثال  $10\%$  در تخمین يك تناسب) تصامیم درمورد دیزاین و سایز نمونه باساز پیش گویی که موثقت آن غیر مطمئن است استوار میباشد یگانه شاخص مطمئن دقت يك تخمین انحراف معیاری آن بوده که مستقیماً از ارقام سروی محاسبه میگردد.

بکار برد هریک از مفکوره های که در فوق تذکار بافت به تفصیل در ذیل زیر بحث قرار میگیرد.

### ۳- انتخاب نمونه کلسترهای خانوارها

انتخاب نمونه کلسترهای خانوارها میتواند در مراحل متعدد صورت گیرد. پرنشیپ های اساسی بخاطر تصمیم گیری پیرامون ساین نمونه وساختمان و میتود ها برای محاسبه تخمینها وخط های معیاری جهت وضع ساده تر دراول ارائه میگردد طوریکه انتخاب قریه جات مستقیماً درین يك حوزه صورت گرفته و تخمین ها برای آن حوزه حاصل میگردد. ادامه مراحل متعدد نمونه گیری مستقیماً پی برده میشود و توسط مثال دربخش های ۶ و ۷ در صفحات .... تا ... تشریح میگردد تعداد قریه ها و خانوارها یکبار باید انتخاب شد در صفحات ..... تا .... مورد بحث قرار میگیرد. درین جاتنها میتود انتخاب در نظر گرفته شده است.

### انتخاب کلسترها

داشتن لست تمام قریه ها در یکحوزه، جاییکه باید سروی انجام داد شود ضروری میباشد. این اکثرأ مفید میباشد تا ترتیب قریه ها درین لست بصورت قصدي (Purposive) تنظیم گردد. فرض نمایید که يك سروی اندازه گیری مراقبتهای صحي مورد اجراء قرار گیرد. درینجابهی معلومات اولی و مقدماتی میباشد شاید یکسروی سابقه یاریکارد های تسهیلات صحي که امکان دارد قریه جات را باسکوریلند و قریه جات را باسکورپایین نشان دهد. درینصورت لست باید ازسکورپایین به سکور بلند (یا ازبلند به پایین) پیش از آنکه انتخاب صورت گیرد ترتیب گردد (به تفصیل در صفحات ... تا ... مطالعه گردد) برای آنکه انتخاب صورت گیرد ضرور است تا اندازه نفوس قریه را در دست داشت. اندازه گیری ممتاز داشتن تعداد خانوارها در هر قریه میباشد اما فرض نمود که اوسط تعداد خانوار از يك قریه با قریه دیگر آنقدر متفاوت نباشد و اندازه گیری عمومی تعداد نفوس از هم متفاوت باشد. و سپس نفوس تراکمی قریهها درستون سوم جدول الف - ۲ نشان داده شده محاسبه گردیده است.

بمنظور نمایش فرض نمایید که انتخاب سه قریه از جمله ده قریه لست شده تقاضا شده باشد نفوس مجموعی قریه ها (۶۷۰۰) را تقسیم بر ۳ (تعداد قریه هادر نمونه) نمایید:

$$۶۷۰۰ - ۳ = ۲۲۳۳$$

جدول الف- ۲: انتخاب قریه ها برای یک کلستر نمونه

تعداد نفوس تراکمی	تعداد نفوس	قریه ها
۱۰۰۰	۱۰۰۰	۱
۱۴۰۰	۴۰۰	۲
۱۶۰۰	۲۰۰	۳
۱۹۰۰	۳۰۰	۴
۳۱۰۰	۱۲۰۰	۵
۴۱۰۰	۱۰۰	۶
۵۷۰۰	۱۶۰۰	۷
۵۹۰۰	۲۰۰	۸
۶۲۵۰	۲۵۰	۹
۶۷۰۰	۴۵۰	۱۰

این عدد انتروال (چوکات) نمونه گیری است. یک عدد را بین او ۲۲۳۳ انتخاب نمایید. فرض نمایید که یک عدد رندم ۱۸۱۴ انتخاب شده باشد. این باید بالست تراکمی مقایسه گردد تا قریه اول را در نمونه تشخیص نمود. ازینکه ۱۸۱۴ بین ۱۶۰۱ و ۱۹۰۰ واقع است قریه چارم، باید انتخاب شود. اکنون انتروال نمونه گیری را با عدد رندم اولی جمع نمایید تا عدد بعدی نمونه گیری را بدست آرید.

$$۱۸۱۶ + ۲۲۳۳ = ۴۰۴۷$$

ازینکه این عدد بین اعداد ۳۱۰۱ و ۴۱۰۰ واقع است، قریه ۶ انتخاب شود. اکنون برای تشخیص قریه سومی و آخری نمونه باز هم انتروال نمونه گیری را با عدد بدست آمده آخری جمع نمود:

$$۴۰۴۷ + ۲۲۳۳ = ۶۲۸۰$$

وقریه دهم انتخاب شود.

اگر لست اصلی قریه ها کاملاً به ترتیب رندم باشد- این پروسیجر نمونه گیری سیستماتیک معادل به

نمونه گیری احتمالی متناسب به سایز می باشد (pps) و نمونه حاصل شده باید بحيث آنکه به شکل رندم (pps) انتخاب شده است مورد تحلیل قرار گیرد. از طرف دیگر اگر قریه ها مطابق به اساس بعضی کریتر یا که مربوط به سکور های سروی قبلی مراقیت های اولیه صحی ترتیب شده باشد این یک تاثیر طبقه بندی بالای نمونه سیستماتیک داشته باید به تنقیص خط معیاری منتج گردد. (صفحات ..... تا ..... مطالعه گردد)

### واحدهای نمونه گیری غیر از خانوارها

یک لست واحد های اساسی ممکنه برای سروی های مختلفه در جدول الف-۱ داده شده است معمولاً منحث بخشی از مطالعه مراقبتهای اولیه صحی معلومات مختلفه ضروری میباشد و هریخش ظاهراً به واحد نمونه گری مختلفه نیاز دارد بصورت اعمظی موثر نخواهد بود اگر هر مرتبه به مقاصد مختلفه سروی های جداگانه که دارای واحدهای جدید نمونه گیری باشد، انجام داده شود. یگانه حالت محسوس آنست تا خانوار منحث واحد اساسی نمونه گیری استعمال شده و برای متغیر هادر واحد مختلفه نمونه گیری که تنها در بعضی از خانوارها دیده میشود تا ارزش های فوس با استفاده از میتودهای که برای نبست هاتشریح شده، تخمین گردد. بطور مثال اگر مرام اصلی یک سروی جمع آوری معلومات پیرامون صحت اطفال و مادران باشد بعد واحد نمونه گیری که مورد دلچسپی باشد باید مادرانی که اخیراً حامله بود اند باشد که در این جاکلمه (اخیراً باید مشخص شود این باید ممکن باشد تا در مورد تعداد چنین مادران که در هر قریه نمونه گرفته شوند فیصله بعمل اید و میتودی که با اساس ان واقعا همان تعداد نمونه گرفته شود طرح گردد. بهر صورت محاسبه تخمین های بدون اشتباه این نمونه فورمول های مغلق و پیچیده را در بر خواهد داشت. همچنان اگر منظور از یک سروی ان باشد تا معلومات پیرامون یکنوع افراد جمع آوری گردد، بطور مثال یک طفل مشخص یا یک خانم حامله، بعدیک تعداد ثابت خانوار در سروی هر کدام قریه انتخاب گردد، با وجود آنکه تعداد اطفال مشخص «با خانمها» واقعا نمونه گرفته شده اند از یک قریه تا قریه دیگر فرق خواهد کرد. تعداد خانوارهاییکه نمونه ارقام در هر قریه داده شود. بطور مثال اگر چنین فکر شود که بصورت درست ۴۰٪ تمام خانوارها دارای چنین طفل مشخص باشند و تعداد اصلی اطفال که باید در فی قریه انتخاب گردند ۱۰ باشد پس ۲۵ خانوار در هر قریه باید انتخاب شود، زیرا که ۱۰ در حقیقت ۴۰٪ میباشد. اگر واحدهای مختلفه متعدد در بین خانوارها در یک سروی مورد دلچسپی باشند، باید تعداد خانوارها در هر قریه انتخاب شوند، تا بطور اوسط واحد های مکفی از کمیاب ترین کتگوری را شامل باشد

### انتخاب اولین خانه برای کلستر

بهتر آن خواهد بود تا لستی از خانوار های قریه را بدست آورده و از آن يك خانوار را بصورت رندم انتخاب نمود. این يك پروسیجر قابل قبول خواهد بود، اگر چه لست نامکمل و یا تاریخ گذشته باشد و یقیناً از هر پروسیجر ad hoc مطمئن میباشد. اگر چنین لست در دست نباشد، کار دیگری را که باید انجام داده شود این است که يك نقطه را در نزديك مرکز قریه پیدا نموده و يك بوتل یا کدام چیز مشابه دیگر را در روی زمین چرخانید. جهتی را که بوتل بعد از توقف نشان میدهد نگاه کرده و قضاوت نمود که بعد از گذشت چند خانه بآن جهت گام نهاد تا به کنار قریه رسید. فرضاً شما فکر نمائید که در آنجا ده خانه باشد. يك عدد را بین يك و ده بصورت رندم انتخاب نموده و بجانب جهت ارائه شده گام برداشت تا که بخانه مورد نظر رسید. اصول مهم آنست تا از انتخاب اولین خانه که احتمالاً به عین نوع کلستر در هر قریه رهنمائی نماید خودداری گردد. بطور مثال این يك اشتباه می باشد که همیشه از خانه يك کارمند مهم و نامور آغاز نمود. اما بعضی اوقات از نگاه اجتماعی ضروري میباشد تا با چنین افراد و اشخاص مصاحبه انجام داده شود. بهر صورت، اگر خانوار درغیر آن انتخاب نشده باشد يك مصاحبه مختصر و ساده باید صورت گیرد تا رضایت پروتوکول محلی را حاصل نمود. معلومات بدست آورده شده میتواند پیش از آغاز تحلیل آن حذف گردد تا از بروز خبط و انحراف خودداری گردد.

همچنان این يك اشتباه میباشد اگر خانه اول در کنار یا مرکز قریه انتخاب گردد. این ممکن نخواهد بود اگر مقرر رسمی را که در حالت مناسب باشد تشکیل داد. احساس عمومی و درک شرایط محیطی باید به انتخاب موثر و موجه رهنمائی نمود.

### انتخاب متباقی خانوارها در کلستر

بازهم شرایط محلی بعدی تغیر میکند که ممکن نیست تا يك میتود مناسب و همه جانبه را تعریف نمود. نتیجه سروی بسیار دقیق و نماینده (Representative) خواهد بود اگر کلستر در برگیرنده يك ساحه وسیع خانوارها باشد و نه اینکه محدود بیک ساحه کوچک در اطراف خانه اولی باشد، این ممکن است و خالی از اعتبار نخواهد بود که با خانه قبلی نزديك ترین انتخاب گردد، اما بهتر آنست تا نزديك ترین خانه دومی را انتخاب کرد و هنوز هم بهتر آنست تا نزديك ترین خانه

پنجم باشد، و بهترین همه آنست تا بصورت کلي خانوارها به شکل رندم انتخاب گردند، اگر نقشه یا لست مربوطه بدسترس باشد.

### بازدید دوباره خانوارهای سروی اگر مسئولان خانوار غائب میباشند

این اکثراً اتفاق می افتد تا اشخاصیکه از آنها در خانوارهای انتخاب شده سروی سوال گردد حین ملاقات تیم سروی موجود نباشند، یا اینکه حین بازدید سرویرها خانه خالی باشد. در صورت امکان باید ترتیبات گرفته شود تا چنین خانها تکراراً بازدید شوند و آنهم در زمانی که اشخاص غائب به احتمال زیاد در خانه باشند، تجویز چنان باشد تا عوض خانهای که خالی می باشند دیگر خانوارها در نظر گرفته شود. این میتواند عملی گردد اگر لست قبلاً انتخاب شده خانوارهای تعویضی موجود باشد، تا بیک ترتیب مشخص از آنها کشیده شوند. این چنین لست باید تنها مورد استفاده قرار گیرد و وقتیکه پروسیجر برای نشانی نمودن افراد غائب از خانوارهای انتخاب شده اصلی خارج شده باشند. مصاحبه کنندگان بدون کدام شرایط گذاشته شوند تا در مورد خانوارهایی که اعضاء آنها غائب بوده اند، تصمیم بگیرند.

### سایز نمونه

دقیق بودن تخمین هائیکه از سروی صورت میگیرد و مربوط به سایز نمونه، اندازه کلاسترها و اجزائیکه برای آنها ارزش (قیمت) تخمین میگردد، می باشد. چیزهای دیگر مساوی میباشند، هر اندازه که سایز نمونه بزرگ باشد به همان اندازه تخمین ها دقیق تر میباشند. بهر حال، برای عین سایز نمونه بصورت کل، در یک سروی که دارای تعداد زیاد کلاستر های انتخاب شده و در هر یک تعداد کم خانوارها موجود باشد، نتیجه آن بسیار دقیق تر نسبت بآنکه تعداد کلاستر ها کمتر و تعداد خانوار ها در هر یک کلاستر بزرگتر باشد، خواهد بود. بطور مثال، یک سروی که در آن ۳۰۰ مادران مصاحبه شده باشد معمولاً تخمین دقیق تري خواهد داد نسبت بآنکه ۲۰۰ مادران مصاحبه صورت گرفته باشد، اما کر ۳۰۰ در ۵۰ کلاستر ۶ خانواری تقسیم شده باشند بازهم تخمین دقیق تري نسبت بآنکه در ۳۰ کلاستر ۱۰ خانواری تقسیم شده باشند، خواهد داد از جانب دیگر این واقعیت باید درك شود که سایز بزرگ نمونه و تعداد بیشتر کلاستر (اگر چه کوچکتر باشند) حجم کار را افزایش میدهد، که



این بنوبه خود افزایش در وقت و بودجه را معنی میدهد. منابع موجوده برای مطالعه مراقبت های اولیه صحتی بسیار محدود میباشد. و این معمولاً يك سائز نمونه متشکل از چند صد که در ده ها کلستر بصورت پراکنده توزیع شده باشند، معنی میدهد.

انتخاب کلسترها بالاي دقت تخمین در يك سروی تاثیر دارد، اما اندازه این تاثیر که بحیث موثریت دیزان شناخته شده برای اجزای مختلفه در جدول سروی مختلف خواهد بود. موثریت دیزاین (D) طور ذیل داده شده:

$$D = 1 + (b-1) r$$

که در ین جا :

$b$  = تعداد وسطی جوابات دریافت شده این جزء در کلستر می باشد و

$r$  = اندازه ارتباط جوابات باین جزء در بین کلستر، با مقایسه ارتباط آن با نفوس، در

مجموع.

قیمت ۲ برای اجزائیکه قیمت آنها در بین کلستر ها بسیار تغییر میکند بلندتر خواهد بود. بطور مثال، اجزاء اقتصادی اجتماعی چون «وظیفه شوهر - کتابت یا مسلکی» تمایل خواهد داشت تا جوابات مشابه در بین يك کلستر بوجود آورد، و ۲ تقریباً مساوی به ۰.۱۰ خواهد بود. از جانب دیگر اجزای دموگرافیکی مانند «فعلاً متأهل» و اندازه مصابیت ها روفیات چون «مرض در دو هفته اخیر» دیگر مشابه نخواهد بود تا عین جواب را از دو نفر سوال شده در عین کلستر حاصل نماید نسبت به دو نفر سوال شده در کلستر های مختلفه. این سوالات دارای قیمت ۲ نزدیک به صفر خواهد بود. مثل اینکه بصورت تقریبی ۰.۱۰ در بین این تفاوت های اعظمی در رابطه به فعالیت مواظبت صحتی و استفاده از خدمات مراقبت های صحتی سوال بمیان می آید. که جوابات این سوالات مربوط به سطح خدمات محلی و به عنعنه محل مربوط میباشد. و قیمت ۲ احتمالاً در حدود ۰.۰۵ خواهد بود. طوریکه در صفحه ... تشریح گردید، ۹۵٪ یقینی میباشد که انتروال :

$$(2SE + \text{ارزش تخمین شده}) \text{ الی } (2SE - \text{ارزش تخمین شده})$$

قیمت صحیح را در بر خواهد داشت. با استفاده از موثریت دیزان (D) میتوان انحراف معیاری

متوقعه را برای هر سایز نمونه داده شده وسایز کلاستر محاسبه نمود. انحراف معیاری (S) چنین داده شده است:

$$S = P(1-P) D/N$$

در حالیکه :

$P$  = نسبت متوقعه جواب «بلی» به جزء مربوطه (بخاطر باید داشت که این میتواند تنها به اجزائیکه جواب بلی - نی داشته باشد استعمال شده میتواند).  
 $n$  = تعداد مجموعی جوابات در مورد این جزء.  
 $D$  = موثریت دیزاین.

لذا

$$S = P(1-P (1+(b-1)r)/n$$

معادله (۱)

بیاد داشته باشید که در مورد  $P$  قبل از اجرای سروي يك حدس باید زد. جدول الف - ۳ بعضی قیمت های تیپیک  $S$  را برای  $r = 0.05$  میدهد ( در حالیکه  $C$  مساویست به تعداد کلاسترهای انتخاب شده و  $b$  عبارت از تعداد جوابات دریافت شده به جزء مربوطه در هر کلاستر).  
 فرض نمائید که سوال بسیار دلچسپ وضع واکسیناسیون اطفال ۱۲ - ۲۳ ماهه بوده و توقع میرود که این چنین اطفال در ۲۵٪ خانوارها پیدا شوند. اگر ۳۰ کلاستر که هر کدام دارای ۳۰ خانوار باشند در نظر گرفته شود باید متوقع بود که در حدود ۷ طفل ازین گروپ در هر کلاستر یافت خواهد شد. اگر توقع برده شود که وضع واکسیناسیون برای ۴۰٪ این اطفال رضائیت بخش باشد، بعد از آن:

$P=0.4$  (۴۰٪) ،  $c=30$  ،  $b = 7$  ،  $r = 0.05$  ،  $n = 210$  یا  $70 \times 30$   
 و از فورمول یا از جدول الف - ۳ انحراف معیاری متوقعه  $S = 0.0385$  یا ۳.۸۵٪

خواهد بود.

جدول الف-۳: انحراف معیاری متوقعه (S) (%) برای نسبت های مختلفه (P) کلاسترها (C) و تعداد جوابات در فی کلاستر

c	b	(C x b)	۵.	۴.	۳.	۱۵	۱۰	۵
۵۰	۴	۲۰۰	۳,۷۹	۳,۷۱	۳,۰۳	۲,۷۱	۲,۲۷	۱,۳۷
۴۰	۵	۲۰۰	۳,۸۷	۳,۷۹	۳,۱۰	۲,۷۷	۲,۳۲	۱,۶۹
۳۰	۷	۲۱۰	۳,۹۳	۳,۸۵	۳,۱۵	۲,۸۱	۲,۳۶	۱,۳۱
۲۰	۱۰	۲۰۰	۴,۲۶	۴,۱۷	۳,۴۱	۳,۰۴	۲,۵۵	۱,۸۶
۵۰	۶۰	۳۰۰۰	۱,۸۱	۱,۷۸	۱,۴۵	۱,۳۰	۱,۰۹	۰,۷۹
۳۰	۱۰۰	۳۰۰۰	۲,۲۳	۲,۱۸	۱,۷۸	۱,۵۹	۱,۳۴	۰,۹۷
۱۵	۲۰۰	۳۰۰۰	۳,۰۲	۲,۹۶	۲,۴۲	۲,۱۶	۱,۸۱	۱,۳۲

این ۹۵٪ متیقن خواهد بود که قیمت صحیح P در بین رنج ذیل واقع باشد:

(۷,۷٪ + قیمت تخمین شده) تا (۷,۷٪ - قیمت تخمین شده)

فرض نمائید که تعداد خانوارهای انتخاب شده در هر قریه h باشد. ایندقیق تر خواهد بود که انتخاب h بآن خانوارهاییکه در طول یکروز بصورت بسیار مستریح توسط یک تیم یا چندین تیم مصاحبه اجرا میگردد، ارتباط بگیرد. زمانی که برای انتخاب رندم خانها ضرورت است حتماً باید در حساب گرفته شود، قدم زدن در بین خانها و تلاش بخاطر عدم جواب وغیره. باین اساس قیمت تعداد کلاسترها با سائز h که بآسانی در زمان موجوده سروی اداره شده بتوانند خواهد بود. و تعداد مجموعی سائز نمونه عبارت از  $C \times h$  میباشد. تعداد افراد مورد نظر برای هر جزء بخصوص جدول برای هر قریه متفاوت خواهد بود. قیمت وسطی در اطراف b قرارخواهد داشت، اما میتوانند ازین

کوچکتر یا بزرگتر باشد، و قیمت  $b$  بذات خود برای انواع مختلفه اندکس ها متفاوت می باشد بطور مثال در بین ۲۰ خانوار توقع می رود که ۴ طفل اندکس یافت شود اما ۱۶ مادران اندکس. اگر این فهمیده شود که يك قیمت معین  $S$  از سروی تقاضا میشود، بناءً تعداد کلهسترهای سروی میتواند چنین محابه شود:

$$C = P (1 - P) [1 + (b - 1) r] / (Sb) \dots (2) \text{ معادله (۲)}$$

بطور مثال، فرض نمائید که توقع می رود که  $b$  برای بعضی اندازه گیری شیوع امراض ۲۰٪ باشد که درینصورت ۲ در حدود ۰.۰۱ توقع برده میشود و  $S = 2.5\%$  تقاضا میشود. اگر هر کلهستر ۵ افراد مشخص ( $b = 5$ ) یا ۸ افراد مشخص را در برگیرد، تعداد کلهسترهای مقتضی میتواند قرار ذیل تعیین گردند:

مقدار	محاسبه	قیمت برای	قیمت برای
		$b = 5$	$b = 8$
A	$P(1 - P)$	0.16	0.16
B	$1 + (b - 1) r$	1.04	1.07
D	$A \times B$	0.1664	0.1712
E	$b S$	0.0031	0.0050
C	$D/E$	54	34

باین اساس یا ۵۴ کلهستر که هر يك دارای ۵ ویا ۳۴ کلهستر که هر يك دارای ۸ افراد اندکس باشد، توقع می رود تا رضائیت مقتضی را بر آورده سازد. اگر افراد مشخص توقع برده شود تا در ۵۰٪ خانوارها یافت شوند. بعد از آن ضرورت خواهد بود تا هر کلهستر ۱ یا ۱۶ خانوارها را بالترتیب دارا باشد. این چنین محاسبات میتواندست برای اکثر جوابات درسروی اجرا گردد. بناءً تعداد کلهسترها باید بزرگترین قیمت  $C$  داده شده در معادله باشد.

بعضی اوقات چنین واقع میشود که سائز های نمونه مورد ضرورت برای اجزای مختلفه عین سروی بصورت قابل ملاحظه متفاوت میباشد. بطور مثال، یک پرسش در مورد واکسیناسیون ایجاب یک سائز نمونه ۲۰۰ طفل ۱۲ - ۲۳ ماهه یا (۸۰۰ خانوار) می نماید، در حالیکه یک پرسش در مورد مریضی اسهال ایجاب یک سائز نمونه ۱۸۰۰ طفل ۰ - ۲ سال (یا ۳۰۰۰ خانوار) را می نماید. درین حالت بلندترین عدد ۳۰۰۰ باید بحیث سائز نمونه همگانی گرفته شود تا رضانیت هردو کربتیرا را بر آورده سازد. باینصورت این چنین معنی میدهد که تقریباً چار چند معلومات ضروری در مورد وضع واکسیناسیون باید جمع آوری گردد. اگر منابع مکفی موجود باشد، این کدام پرابلم نخواهد بود. قسمیکه این یک تخمین دقیق را خواهد داد، اما در عمل این بیشتر حساس به نمونه فرعی برای پرسش واکسیناسیون میباشد. بعباره دیگر فقط هر طفل چارم دارای عمر ۱۲ - ۱۳ ماهه که در سروی دریافت میشود در نمونه شامل ساخته شود. این تا اندازه کار و وقت را ذخیره نموده مگر به پیچیدگی هدايات داده شده مصاحبه کننده می افزاید و باید بسیار به احتیاط مورد استعمال قرار گیرد.

اگر لست قریه جات باساس بعضی مقیاسات مربوط به مراقبت های اولیه صحي ترتیب شده باشد، بعد از ان یک اندازه بهبودی در وقت خواهد بود، اما این کمیت قناعت بخش برای استفاده محاسبه سائز نمونه مجاز نخواهد بود. سائز نمونه باید محاسبه گردد مثلیکه لست نامرتب باشد - با مفاد اینکه وقت در واقعیت بصورت بهتر نظر به پیشتر بر می آید.

اگر سروی بصورت واضح به بخش ها، بطور مثال باساس حوزه های محیطی جدا شوند، بناءً هر ساحه باید منحيث یک سروی جداگانه و محاسبه سائز نمونه برای هر کدام طورعلیحده صورت گیرد تا وقت ضروري برای هر حوزه داده شود. وقت برای تخمین عمومي به سطح ملی، نظر به هر یک حوزه یگانه بهتر خواهد بود. اگر سروی یکی از سروی های پیایی باشد، و منظور ازان محاسبه تغیر در بعضی اندازه ها از سروی گذشته باینطرف باشد - بناءً ۹۵٪ اعتبار برای این تغیر. ( $2SE$  - تخمین تغیر) تا ( $2SE$  + تخمین تغیر) خواهد بود. در ین حالت انحراف معیاری عبارت از انحراف معیاری تغیر است که نسبت به انحراف معیاری جدیداً تخمین شده بزرگتر خواهد بود. این بخاطر عدم دقیق بودن تخمین اندازه سروی سابقه میباشد. اگر باین جواز داده شود، سائز نمونه دوچند ضرورت خواهد بود تا به میتود معول محاسبه گردد.

اگر با ارقام تاریکیت مشخص انتخاب شده توسط يك پژوهشگر پیشتر از آنکه با تخمین سروی سابق مقایسه صورت گیرد - بعداً کدام عدم دقت جداگانه دخیل نمی باشد. ساحه اعتبار معمولی  $2SE \pm$  - هنوز هم قابل تطبیق میباشد وسایز نمونه داده شده توسط محاسبات معمولی رضائیت بخش خواهد بود.

### ه- تحلیل ارقام

مهمترین مرام تحلیل ارقام آنست تا تخمین های پرامترهاي مهم را با انحراف معیاری این تخمین ها تهیه نماید، طوریکه ساحه اعتبار (CONFIDENCE INTERVALL) میتواند محاسبه شود. این ممکن است تا تمام محاسبات ضروری بدون لوازم گرانبها صورت گیرد و میتودهاییکه در ذیل تشریح گردیده تنها تقاضای يك ماشین حساب دارای محاسبه جذرالمربع باشد می نماید. خواه يك ماشین حساب خواه يك میکروکمپیوتر مورد استفاده قرار گیرد، محاسبات ضروري معمولاً به شکل يك جدول محاسباتی (Spreadsheet) ارائه میگردد. بصورت عموم دو حالت مختلف موجود است که هرکدام در محاسبه تخمین ها و انحرافات معیاری میتود جداگانه خویش را تقاضا می نماید. و انتخاب میتود ها باساز آنکه آیا تخمین خواسته شده از يك نمونه تناسب حاصل شده یا از نمونه نسبت، تعیین میگردد (صفحه ... مطالعه گردد). بر علاوه برای هر يك ازین حالات، اگر نمونه از يك لست ترتیب شده گرفته شده باشد، از فورمول های مختلفه استفاده میگردد تا انحرافات معیاری محاسبه شود. استعمال جداول ارقام ساده جهت محاسبه تخمینات و انحرافات معیاری این تخمین ها با استفاده از مثال ذیل ارائه میگردد. درین جا سایز نمونه بسیار خوردتر نسبت به آنکه درعمل مواجه میشود، میباشد، اما تمام مراحل مهم در محاسبات نشان داده شده است. برای هر يك قسم حالت، محاسبات اساسی مقتضی برای تخمین نمونه انحراف معیاری آن در صفحات ... تا ... ارائه گردیده اند.

### مثال نمونوي سروی که جهت نمایش جدول محاسباتي بکار برده میشود

شش قریه با استفاده از پروسیجر سیستماتیک (PPS) انتخاب شده اند (به صفحات ... تا ...

مراجعه شود). بیست خانوار در هر قریه جهت تخمین نفوس انتخاب شده‌اند.

\* تناسب خانوارهای دارای بیت الخلاء.

\* تناسب مادران مشخص که مراقبت های قبل الولاده را دریافت نموده اند.  
اولی با استفاده از تناسب خانوارهای دارای بیت الخلاء در نمونه تخمین میگردد. دومی با استفاده از نسبت تخمین میگردد.

تعداد مادران مشخص که مراقبت های قبل الولاده را دریافت کرده اند  
تعداد مادران مشخص در نمونه

این ارقام در جدول الف-۴ نشان داده شده اند.

جدول الف - ۴ : ارقام برای مثال نمونوی سروی که برای نمایش جدول ارقام استفاده میشود

تعداد خانوارهای	تعداد خانوارهای	تعداد مادران مشخص	تعداد مادران مشخص که
قریه که در هر قریه	دارای بیت الخلاء	در خانوارها که	مراقبت های قبل الولاده
نمونه گرفته شده	نمونه گرفته شده	را دریافت کرده اند	

Yi	Zi	Xi	hi	i
۲	۲	۱۱	۲۰	۱
۵	۷	.	۲۰	۲
۳	۴	۱۴	۲۰	۳
۳	۶	۱۲	۲۰	۴
۱	۴	۱۶	۲۰	۵
.	۳	۳	۲۰	۶

قریه ها با اساس سطح متوقعه مراقبت های ولادی در دیزاین سروی بصورت منظم ترتیب گردیده اند، این واقعیت در تحلیل در بخش (الف) تا (د) در نظر گرفته نشده، اما در بخش های (ه) و (و) در نظر گرفته شده اند.

#### (الف): تخمین يك تناسب نفوس از تناسب يك نمونه

درین مثال واحد نمونه خانوار بوده و تقاضا میشود تا تناسب خانوارهای دارای يك مشخصه بخصوص، درین حالت يك بيت الخلاء تخمین میشود. برای حالت عمومي، فرض نمائید که به تعداد C قریه انتخاب شده و از هر قریه h خانوار گرفته شده باشد. تعداد خانوار ها در قریه i - ام که دارای بيت الخلاء باشد میتوانند به  $X_i$  نشان داده شوند. و تخمین تناسب،  $P_i$  چنین خانوارها بصورت کل درین قریه عبارتند از:

$$P_i = X_i / h$$

که عبارت از تناسب است که در سمپل دیده میشود. تخمین P این تناسب در مجموع نفوس باین اساس مجموع خانهای نمونه بوده که دارای بيت الخلاء بوده تقسیم مجموع سائز نمونه میگردد، یعنی:

$$P = X_i / n$$

علامه نشان میدهد که تمام افاده ها تا قیمت i جمع شوند طوریکه :

$$X_i = X_1 + X_2 + X_3 + ..... + X_c$$

محاسبات مقتضی در جدول محاسباتی (۱) ارائه گردیده است. درین مثال P مساویست به ۰.۴۶۶۷، یا ۴۷٪ خانوارهای نمونه گرفته شده.



جدول ارقام محاسباتی (۱)

محاسبات و ارقام کلستر

قریه	تعداد خانوارهای دارای بیت الخلاء	
i	$X_i$	$X_i$
۱	۱۱	۱۲۱
۲	.	.
۳	۱۴	۱۹۶
۴	۱۲	۱۴۴
۵	۱۶	۲۵۶
۶	۳	۹
	$A = 56$	$B = 726$

سایز و تناسب نمونه:

متغیر	محاسبه	تعریف	ارزش
C		تعداد قریه ها در نمونه	۶
h		تعداد خانوارهای نمونه گرفته شده در هر قریه	۲۰
n	$c \times h$	تعداد خانوارها در تمام نمونه ها	۱۲۰
A	$X_i$	تعداد خانوارهای نمونه دارای بیت الخلاء	۵۶
P	$A / n$	تناسب خانوارهای نمونه دارای لاترین	۰.۴۶۶۷

محاسبات انحراف معیاری

مقادیر جدید	محاسبه	ارزش
B	XI	726
C	A <sup>2</sup>	3.36
D	C/C	522.67
E	B - D	203.33
F	$E/[C(C-1)]$	6.777
G	F	2.6034
S(P)	$G / h$	0.1302

### (ب) تخمین انحراف معیاری از محاسبه تناسب نفوس:

انحراف معیاری تناسب نفوس  $P$  و  $S(P)$  توسط فورمول ذیل حاصل میشود:

معادله (۴)

به منظور آسانی محاسبه این معادله میتواند به شکل ذیل درآورده شود:

بخش اخیر جدول محاسباتی (۱)، محاسبات ضروری معادله (۴) را به شکل دیگر نشان میدهد. در نتیجه ارزش انحراف معیاری  $S(P)$  عبارت از ۰,۱۳۰۲ میباشد. باین اساس ساحه اعتبار ۹۵٪ برای تناسب تمام خانوارهای دارای بیت الخلاء،  $0.4667 + 2 \times 0.1302$  یعنی ۰,۷۲۷۱ تا ۰,۲۰۶۳ یا بین ۲۱٪ و ۷۳٪ میباشد. این انتروال بسیار وسیع میباشد زیرا صرف ۶ قریه سروی گردیده است.

### (ج) تخمین نسبت نفوس از نسبت نمونه

این مرتبه فرض نمائید که  $h$  خانوار از هر  $C$  قریه با در نظر داشت تخمین تناسب از افراد شاخص مناسب معرفی شده که دارای کرکتر بخصوص باشند انتخاب گردیده اند. این میتواند تناسب تمام اطفال ۱ - ۲ ساله باشد که بصورت مکمل مطابق هدف پروگرام ملی واکسیناسیون واکسین شده باشند، یا میتواند تناسب تمام خانمهاذیکه طی ۱۲ ماه گذشته ولادت کرده اند باشند که اقلأ در دوره حاملگی سه مرتبه ویزت شده باشند طوریکه این حالت در مثال جدول (۲) محاسباتی ارقام مورد استعمال قرار گرفته.

اگر  $Z_i$  تعداد مادران شاخص در قریه ۲- ام خانوار نمونه گرفته شده باشد و فرض نمائید که  $Y_i$  از جمله همین مادران تعداد مشخص ویزت های دوره حاملگی را دریافت کرده باشند. بعداً تناسب کلی نفوس مادران شاخص درارای این خاصیت توسط رابطه ذیل تخمین میگردد.

$$R = Y_i / Z_i \quad \text{معادله (۵)}$$

محاسبه نسبت نمونه  $R$  برای مثال فوق در بخش وسطی جدول محاسباتی (۲) نشان داده شده، طوریکه مساویست به ۰,۵۳۸۵ یا ۵۴٪ مادران شاخص در نمونه.

جدول محاسباتی (۲)

محاسبات و ارقام کلستر

قریه تعداد مادران شاخص در  
خانوارهای نمونه که مراقبت  
های دوره حاملگی را

دریافت کرده اند

YIZI ZI YI ZI YI I

۴	۴	۴	۲	۲	۱
۳۵	۴۹	۲۵	۷	۵	۲
۱۲	۱۶	۹	۴	۳	۳
۱۸	۳۶	۹	۶	۳	۴
۴	۱۶	۱	۴	۱	۵
.	۹	.	۳	.	۶

E = 73 D = 130 C = 48 B = 26 A = 14

متغیر	محاسبه	تعریف	ارزش
C		تعداد خانوارها در نمونه	۶
A	Yi	تعداد مادران شاخص در خانوارهای نمونه	۱۴
B	Zi	تعداد مادران شاخص در نمونه خانوار	۲۶
R	A / B	نسبت نمونه مادران شاخص که مراقبت دوره حاملگی را دریافت کرده اند نظر به مجموع مادران شاخص در نمونه	۰.۵۳۸۵

محاسبات انحراف معیاری

مقادیر جدید	محاسبه	ارزش
R	R	0.2900
C	Y	48
D	Z	103
F	YI ZI	78.621
G	2 R E	37.7
H	R D	7.079
J	C-F+G	0.2360
K	H/C(C-1)	0.4858
S(R)		0.1121

(د) محاسبه انحراف معیاری از تخمین نسبت نفوس  
 انحراف معیاری از تخمین نسبت نفوس  $R$  یا  $S(R)$  عبارت است از:  
 معادله (۶)

این فرمول نسبتاً پیچیده انحراف معیاری انعکاس دهنده ضرورت در نظر گرفتن تغییرات تعداد مادران شاخص را از یک قریه تا قریه که واقعاً مشاهده شده باشد بیان می نماید. تشریح محاسباتی انحراف معیاری نسبت مادران شاخص که مراقبت ها قبل الولاده را دریافت میدارند و در مثال فوق در بخش اخیر جدول حسابی (۲) نشان داده شده است. درین مثال انحراف معیاری تخمین شده  $S(R)$  مساویت به ۰.۱۱۲۱.

و ۹۵٪ ساحه اعتبار برای تمام مادرانیکه مراقبت های قبل الولاده را دریافت می نمایند عبارت از  $2 \times 0.1121 \pm 0.5385$  یعنی از ۰.۳۱۴۳ تا ۰.۶۷۲۷ یا بین ۳۱٪ تا ۷۶٪ میباشد.

(ه) تخمین یک تناب نفوس و تخمین انحراف معیاری از یک لست مرتبه:

اگر قریه هاییکه از آنها نمونه گرفته شده، مطابق بعضی مشخصات مربوط به اندازه های که مورد مطالعه قرار میگیرد ترتیب شده باشد، تخمین ها باید هنوز به عین طریق باید محاسبه شوند، اما انحراف معیاری از فرمول های مختلفه بدست آورده میشوند. قریه های مربوط به مثال مطابق معلومات قبلی پیرامون پیش بینی سطح احتمالی مراقبت های اولیه صحی در هر قریه طی لستی ترتیب گردیده اند.

استعمال یک لست ترتیب شده بصورت غیر مستقیم یک ساحه بندی را مهیا می سازد، اما فقط با در نظر داشت آنکه متغیرها توسط مشخصات که در ترتیب لست استعمال شده اند متأثر گردیده اند. بکار برد ساحه بندی باید انحراف معیاری متغیرها را تقلیل به بخشد.

مثال تناسب نفوس که در صفحات ... - ... بکار برده شده تناسب خانوارهای نمونه دارای بیت الخلاء می باشند. ازینکه این متغیر احتمال ندارد تا با سطح متوقعه مراقبت های قبل الولاده ارتباط داشته باشد، مشخصات که در ترتیب لست قریه ها بکار برده شده، محاسبه انحراف معیاری که در ترتیب لست در نظر گرفته شده، باید متوقع بود که مشابه به آنچه که توسط میتودی که در جدول محاسباتی (۱) از آن استفاده شده خواهد بود.

در چنین حالت بهتر است تا انحراف معیاری با استفاده از میتودی که در جدول محاسباتی (۱) بکار رفته محاسبه شود (یا از جدول محاسباتی ۲ بخاطر انحراف معیاری نسبت نفوس). بهر صورت هیچگاه غلط نخواهد بود تا میتودلست های مرتبه بکار برده شود، باوجودیکه اندازه بدون ارتباط به ترتیب قریه ها باشد، جواب با کمی تفاوت بدست می آید.

جدول محاسباتی ۳ تخمین تناسب نفوس و انحراف معیاری را از يك لست مرتبه نمایش میدهد. تخمین مانند جدول محاسباتی ۱ عین اخیر بوده و  $P = 56 / 120 = 0.4667$  میباشد.

جدول محاسباتی ۳

ارقام کلستر و محاسبات				
قریه تعداد خانوارهای دارای بیت الخلاء				
$i$	$X_i$	$X_i + 1$	$X_i - X_{i+1}$	$(X_i - X_{i+1})^2$
۱	۱۱	.	۱۱	۱۲۱
۲	.	۱۴	-۱۴	۱۹۶
۳	۱۴	۱۲	۲	۴
۴	۱۲	۱۶	-۴	۱۶
۵	۱۶	۳	۱۳	۱۶۹
۶	۳	-	-	-
$A = 56$			$B = 506$	

سایز نمونه و تناسب نمونه

متغیر	محاسبه	تعریف	ارزش
C		تعداد قریه ها در نمونه	۶
h		تعداد خانوارهای نمونه در هر قریه	۲۰
A	$X_i$	تعداد خانوارهای نمونه دارای بیت الخلاء	۵۶
P	$A/c \times h$	تناسب خانوارها در نمونه که دارای بیت الخلاء اند	۰.۴۶۶۷

محاسبات انحراف معیاری

مقادیر جدید	محاسبه	ارزش
B	$(X_i + X_{i+1})^2$	506
C	$(C \times B) / [2(C - 1)]$	303.6
D	C	17.4241
S(P)	$D / (C \times h)$	0.1452

انحراف معیاری  $S(P)$  برای يك تناسب  $P$  كه توسط نمونه گیری از لست مرتبه حاصل میشود، عبارت است از:

$$S(P) = (1/n) [C/[2(C-1)]] (X_i - X_{i+1})^2 \quad (۷)$$

این فرمول باساز تفاوت ها بین كلسترهای پیهم گرفته شده توقع برده میشود كه روی لست مرتبه خورد تر باشند نسبت بآنكه كلسترها به ترتیب رندم تعیین می شدند. بخاطر مقایسه های جوره ئی كه محاسبات ارقام كلستر در جدول محاسباتی ۳ دیده شده کدام قیمت  $X_i + 1$  برای قریه وجود ندارد.

با بكار برد محاسبات انحراف معیاری در جدول محاسباتی ۳،  $S(P) = 0.1452$  و ۹۵٪ ساحه اعتبار برای  $P$ ،  $0.4667 + 2 \times 0.1452$  یعنی ۰، ۱۷۶۳ تا ۰، ۷۵۷۱ این تقریباً آنچه در جدول محاسباتی ۱ (۰، ۲۰۶۳ تا ۰، ۷۲۷۱) داده شده عین چیز میباشد، زیرا ترتیب به اساس مراقبت های قبل الولاده کدام رابطه به موجودیت بیت الخلاء بیان نمی آورد به همین قسم کدام مفادی در استعمال این میتود تحلیل برای این سوال موجود نبود.

#### (و) تخمین نسبت نفوس وانحراف معیاری از تخمین يك لست مرتبه

قسمیکه قبلاً یاد آوری شد، نمونه كه بحیث مثال در صفحه ... بكار برده شد از يك لست مرتبه قریه جات مطابق پیش بینی احتمالی سطح مراقبت های قبل الولاده در هر قریه گرفته شده بود. این پروسیجر (صفحات ... - ...) را نشان میدهد. محاسبات لیست نمونه به پروسیجرى كه در جدول محاسبات ۲ بكار رفته مطابق است، و حاصل میشود \

$$R = 14 / 26 = 0.5385$$

انحراف معیاری  $S(R)$  برای يك نسبت  $R$  از يك نمونه كه از يك لست مرتبه گرفته شده است حاصل میشود.

#### معادله (۸)

مانند معادله (۷) این فرمول روی تفاوت های بین كلسترهای پیهم گرفته شده استوار بوده و برای  $Y_i + 1$  یا  $Z_i + 1$  برای قریه آخر کدام قیمت موجود نیست.

جدول محاسباتی ۴

ارقام کلسترو محاسبات

قریه تعداد مادران شاخص که مراقبت های قبل الولاده را دریافت کرده اند.				
$(Y_i - Y_{i+1})^2$	$Y_i - Y_{i+1}$	$Y_{i+1}$	$Y_i$	$i$
۹	- ۳	۵	۲	۱
۴	۲	۳	۵	۲
.	.	۳	۳	۳
۴	۲	۱	۳	۴
۱	۱	.	۱	۵
-	-	-	.	۶
$C = 18$			$A = 14$	

تعداد مادران شاخص در خانوار های نمونه					
$(Y_i - Y_{i+1}) (Z_i - Z_{i+1})$	$(Z_i - Z_{i+1})^2$	$Z_i - Z_{i+1}$	$Z_{i+1}$	$Z_i$	
۱۵	۲۵	- ۵	۷	۲	
۶	۹	۳	۴	۷	
.	۴	- ۲	۶	۴	
۴	۴	۲	۴	۶	
۱	۱	۱	۳	۴	
-	-	-	-	۳	
$E = 26$		$D = 43$		$B = 26$	

سایز نمونه و نسبت نمونه		
متغیر	محاسبه	تعریف
C		تعداد قریه ها در نمونه
A	$Y_i$	تعداد مادران شاخص در نمونه که مراقبت های قبل الولاده را دریافت کرده اند
B	$Z_i$	تعداد مادران شاخص در خانوارهای نمونه
R	$A / B$	نسبت نمونه مادرانیکه از مراقبت های قبل الولاده برخوردار بوده اند نظر به تعداد
		مجموع مادران شاخص در نمونه
		۰,۵۳۸۵
		ارزش

## ادامه جدول محاسباتی ۴

### محاسبات انحراف معیاری

ارزش	محاسبه	مقادیر جدید
0.2900	R2	R2
43	$(Y_i - Y_{i+1})^2$	C
26	$(Z_i - Z_{i+1})^2$	D
28.002	$(Y_i - Y_{i+1})(Z_i - Z_{i+1})$	E
12.47	$2 \times R \times E$	G
2.468	$C - F + G$	H
1.4808	$(C \times H) / [2(C-1)]$	J
1.2169	J	K
۰,۰۴۶۸	K/B	S(R)

باساس جدول محاسباتی ۴،  $S(R) = 0.0468$ ، ۹۵٪ ساحه اعتبار برای R عبارت است از  $0.5385 + 2 \times 0.0468$  یعنی از ۰,۴۴۴۹ تا ۰,۶۳۲۱. این انتروال نسبت به انتروال ۰,۳۱۴۳ تا ۰,۷۶۲۷ که از جدول محاسباتی ۲ بدست آمده بصورت قابل ملاحظه تنگتر است. این يك افزایش در دقت را نشان میدهد که میتواند با استفاده از لست مرتبه و طرز العمل که در جداول محسباتی ۳ و ۴ نشان داده شده است حاصل نمود.

### (ز) استعمال تاثیر دیزاین در محاسبه انحرافات معیاری

بمنظور ذخیره از وقت در محاسبه انحراف معیاری برای تمام اجزاء ممکنه ونسبت های آن در پرسشنامه عده از آنها میتواند بصورت تقریبی با استفاده از تاثیر دیزاین برای یکتعداد متغیر های مشابه تخمین گردند. این طرز العمل قرار ذیل است:

- ۱- تخمین نمودن ارزش های مناسب P و R برای تمام اجزاء مورد علاقه.
- ۲- محاسبه انحراف معیاری  $S(P)$  و  $S(R)$  برای مهمترین اجزاء، طوریکه در فوق تشریح گردیده است.
- ۳- تخمین تاثیر دیزاین برای این اجزاء (که میتواند از ارزش هائیکه برای محاسبه سائز نمونه فرض شده بود متفاوت باشند).



$$D = (S_2(P)N)/P(1-P) \quad \text{از:}$$

$$D = (S_2(R) \quad Z_i) / (R(1-R)) \quad \text{یابحث مناسب}$$

۴- برای تمام سایر اجزاء، انحرافات معیاری منحیث آنکه نمونه رندم ساده بوده باشد محاسبه گردد و با  $D$  ضرب شود تا به تقسیمات کلستر ها اجازه دهد، جائیکه تاثیر دیزاین بیک جزء از پرسشنامه که توقع میروود دارای توزیع مشابه است باشد.

$$S(P) = P(1-P)D/N \quad \text{طوریکه:}$$

$$S(R) = R(1-R)D/Z_i \quad \text{و}$$

با استعمال این طریقه،  $P$  و  $R$  برای تمام اجزاء محاسبه شده، اما محاسبه  $S$  طوریکه در جدول محاسباتی ۱ - ۴ نشان داده شده، صرف برای تعداد محدود این اجزاء ضرورت می افتد.

۶- نمونه های چندین طبقه نی

میتودیکه در بخش های گذشته تشریح گردید، میتواند به سهولت به دیزاین های مغلق تری که چندین شرایط را بر آورده گرداند عمومیت داده شود. که این ها بخوبی در مثال ها نمایش داده شده است.

### نمونه گیری های دو طبقه نی

فرض نمائید که یک کشور به ولسوالی ها تقسیم شده باشد، یک نمونه از ولسوالی ها انتخاب شده و بعداً یک نمونه از قریه ها در بین هریک ولسوالی گرفته شده. ولسوالی ها طوری باید انتخاب شود که بصورت دقیق در صفحات ..... بواسطه میتود سیستماتیک (PPS) تشریح داده شده است. و آن این است که باید یک مقیاس سائز نفوس هر ولسوالی موجود بوده، و ولسوالی ها باید لست شده باشند، سائز محاسبه شده تجمعی نفوس و علی هذا القیاس.

(بازهم مفید خواهد بود که ولسوالی ها بالترتیب مطابق قیمت های متوقعه بعضی از مقیاس ها که در سروی مطالعه میشوند لست شوند، این در حالتی است که ممکن باشد). درین هر ولسوالی قریه ها انتخاب شده اند، بازهم توسط میتود (PPS)، عین تعداد از قریه ها در هر ولسوالی انتخاب گردیده اند.

تصمیم در مورد سائز نمونه و ساختار نمونه میتواند به شکلی که در صفحات ..... دقیقاً تشریح گردیده صورت گیرد، باستثنای آنکه  $h$  درین جا تعداد خانوار ها در فی ولسوالی،  $b$  تعداد متوقعه افراد شاخص در فی ولسوالی، و  $C$  عبارت از تعداد ولسوالی ها در نمونه میباشد. ارزش ۲ درین حال عبارت از اندازه تقریبی ارتباط جوابات در بین ولسوالی میباشد. تحلیل همچنان دقیقاً عین مودل را مانند بخش پنج تعقیب می نماید و جدول محاسباتی ۱ - ۴ به استثنای آنکه  $X_i$  حالا تعداد خانوار ها در ولسوالی  $i$  - ام بوده و دارای بیت الخلاء می باشند،  $Z_i$  عبارت از تعداد مادران شاخص که درین ولسوالی نمونه گرفته شده میباشد، و  $Y_i$  آن تعدادی را نشان میدهد که مراقبت های قبل الولاده را دریافت نموده اند.

اگر يك ولسوالی درارای نفوس که بزرگتر از انتروال نمونه گیری باشد. میتواند يك حالت خاص با نمونه گیری PPS بمیان آید. در این حالت انتخاب دومرتبه صورت گیرد و در زمینه دقت ضروریست. يك مثال این حالت را روشن می نماید. فرض نمائید که از جمله پنج ولسوالی که نفوس آن در ذیل ارائه گردیده سه ولسوالی انتخاب شوند.

ولسوالی	نفوس	نفوس تجمعی (تراکمی)
A	10000	10000
B	5000	15000
C	25000	40000
D	8000	48000
E	6000	54000

درین حالت انتروال نمونه گیری  $18000 = 54000 / 3$  خواهد بود. شروع کنید تا بصورت رندم یکعدد بین ۱ و ۱۸۰۰۰ را انتخاب نمائید. اگر عدد رندم ۶۳۲۰ باشد بعد از آن قیمت های کلیدی ۶۳۲۰، ۲۴۳۲۰، ۴۲۳۲۰ ولسوالی های A، C و D انتخاب خواهند شد، اگر عدد رندم ۱۰۱۸ باشد. قیمت های کلیدی عبارت از ۱۰۱۸، ۱۹۰۱۸ و ۳۷۰۱۸ میباشد که ولسوالی های منتخب A، C و بازهم C میباشد.

و برای آنکه از مقاله جلودگیری بعمل آید آنها را A، C1 و C2 می نامیم. بخاطر باید داشت

همراه با انحراف معیاری  $S(P) = W1 \quad S1 + W \quad S + W3 \quad S3$

طوری‌که  $W1$  عبارت از تناسب نفوس است که بحوزه ۱ مربوط می‌باشد و علی هذا القیاس و (والبتّه  $W1 + W2 + W3 = 1$  خواهد بود).

نمونه‌های Stratified می‌تواند عملی شود اگر چه تمام حوزه‌های يك کشور انتخاب نشده باشند. این‌زمانی بوقوع می‌پیوندد اگر حوزه‌ها بصورت Purposive انتخاب گردند. درین حالت سروی نمی‌تواند بصورت کل از کشور نمایندگی نماید. بهر صورت می‌تواند فکر شود که حوزه‌های که انتخاب شده‌اند «کشور» مورد علاقه در سروی بوده و نمونه می‌تواند بحیث نمونه Strati-fied از همین «کشور فرضی Pseudo Country» که نتیجه در مورد آن می‌توان عمومیت داده شود.

#### ۸-ارائه نتایج

يك مطالعه مراقبت‌های اولیه صحی فرصت آن را مهیا می‌گرداند تا در بخش مربوط راجع به متغیرها معلومات تازه (up - to - date) را جمع‌آوری نماید که آنها احتمالاً برای متخصصین مسلک‌های مختلفه مورد دلچسپی واقع گردد. این مشکل است که درین لحظه در مورد توحید راپور تمام مقاصد مختلفه که ارقام سروی در آنها بکار می‌رود تصور نمود. لذا در مورد مشوره آنست تا حتی الامکان این ارقام تشریح گردند و بعد اقل به سطح کلاستر برای تمام متغیرهای مهم جداول تهیه گردد. بطور مثال، اگر معلومات پیرامون وضع واکسیناسیون اطفال شاخص جمع‌آوری شده باشد، يك جدول برای هر کلاستر باید واضح و نمایانگر باشد، تعداد خانوارهای منتخبه، تعداد اطفال شاخص در آن خانوارها و به چه تعداد از اطفال بصورت مکمل واکسین شده‌اند. و ضرور نیست که تمام این جداول در متن اساسی راپور گنجانیده شود، اما اقلأ آنها در يك لست ضمیمه ارائه شوند. جداول باید بسیار خوب ترتیب گردند. اعداد شامل جداول باید به دقت جا بجا شوند که دارای حاشیه‌های اطراف خالی باشند تا بآسانی خوانده شوند. مشخص نمودن اعداد بسیار دقیق دارای کدام ارزش نمی‌باشد، این عمل در واقعیت مشابه ساختن آنها را مشکل‌تر می‌سازد. اگر فیصدی‌ها بیان می‌شوند از يك خانه عشاری بیشتر کدام ارزشی ندارد. تا زمانیکه بعضی از فیصدی‌ها بسیار

خورد میباشند يك فیصد یا ۲ فیصد آنها باید به عدد نزدیک تام نشان داده شوند. انحراف معیاری مانند تخمین ها به عین درجه دقت ارائه گردند.

در ارائه و نمایش های تصویری نتایج باید با چارت ها، هستوگرام ها، پای چارت ها و غیره بکار برده شوند که کمک بزرگ در مقایسه جوانب عمده ارقام نموده و به راپور يك اهمیت حیاتی دارد. ارقامی که روی آنها گزارش استوار می باشد باید شامل يك ضمیمه باشند. ارقام کلیدی که به تحلیل ارتباط میگیرد باید در متن تذکار داده شود، اما دیاگرام های خوب اکثراً ترند ارتباطات، و مقایسه ها را بسیار واضح نظر به خود اعداد ارائه می نماید.

#### ۹- اصول عمومی دیزاین نمونه

\* واحد ها در تمام سطوح، به استثنای پائین ترین سطح (خانوارها) باید همراه احتمال متناسب به سباز  $\text{Probability Proportional to Size}$  یا PPS انتخاب شوند.

\* خانوار ها حتی الامکان باساز نمونه گیری رندم ساده SRS انتخاب گردند.

\* تا جائیکه منابع مالی اجازه میدهد هرچه بیشتر از واحد های سطوح بلند تر (ولسوالی ها و قریه ها) انتخاب شوند. در هر سطح، کلسترهای بسیار خورد نسبت به کلستر های بزرگ نتیجه بهتر میدهد.

\* در تمام سطوح، در بین هر واحد سطح بالاتر به عین تعداد از واحد های نمونه گرفته شوند، یعنی به عین تعداد از ولسوالی ها در هر حوزه و به عین تعداد از قریه ها در هر ولسوالی و به عین تعداد از خانوار ها در بین هر قریه.

\* در هر سطح بهتر خواهد بود اگر واحد ها بتوانند در مطابقت به بعضی از شاخص ها که به موضوع سروی ارتباط میگیرند بصورت لست ترتیب شوند، یا به اساس بعضی مقیاس های عمومی شامل PHC ترتیب شوند.

\* Stratification میتواند صرف در سطوح بالا (حوزه یا ولایت) بکاربرده شود، درین حالت هر حوزه یا ولایت باید بحیث يك سروی علیحده در نظر گرفته شود.

\* دیزاین نمونه های مختلف میتواند در Strata مختلف بکار برده شود. این زمانی مفید است که کشور از حوزه های مختلف محدود متشکل باشد. درینصورت در نتایج اخیر سروی

میتوانند ترکیب شوند.

\* هرگاه تخمین ها برای حوزه ها ضروری باشد، باید محاسبه سائز نمونه برای هر يك از حوزه ها اجرا گردد. و نتیجه تخمین توصیه شده برای كل کشور نسبت به تخمین حوزوي بسیار دقیق تر خواهد بود.

\* اقلأ در دو واحد های سطح بالائی (مانند ولسوالی ها) باید همیشه در بین هر Stratum انتخاب شود تا محاسبات انحراف معیاری را اجازه دهد.

\* ولسوالی ها یا حوزه ها میتوانند ترجیحاً بصورت Purposive نسبت به رندم انتخاب شوند، اگر آنها دارای يك علاقمندی بخصوص در بین خود باشند. نتایج چنین ولسوالی ها برای ولسوالی مورد سوال نیز مدار اعتبار بوده، اما ترکیب شده نمیتواند که نتیجه آن از سطح ملی نمایندگی نماید.

\* ساحات کشور که از نگاه اقتصادی نمیتواند سروی شود باید از دیزاین نمونه گیری خارج شوند، و نتایج که بعداً برای کشور ارائه میشوند باید این ساحات خارج ساخته شوند.

\* اگر شما بخواهید که ازین رهنمود ها قدم فراتر نھید، باید با يك متخصص احصائیه که در میتود هاي نمونه گیری سروی تجربه کافی داشته باشد مشوره نمائید.

## دایه های محلی

تاریخ مصاحبه . . . . .

اسم مصاحبه کننده . . . . .

### ۱- تفصیل شخص:

۱-۱ اسم -

۱-۲ جمعیت -

۱-۳ نظارت توسط مرکز صحت -

۱-۴ فاصله مرکز صحت -

کمتر از یک کیلومتر ( کمتر از ۱۵ دقیقه )

۱-۴-۱ ۴ کیلومتر

۱-۴-۵ ۱۰ کیلومتر

۱-۵ عمر - کمتر از ۲۰ ساله

۱-۵-۲ ۲۹ - ۳۰ ساله

۱-۵-۳ ۳۹ - ۴۰ ساله

۱-۶ جنس - مذکر -

۱-۷ حالت زناشویی - مجرد

متاهل

طلاق

۱-۸ تعداد اطفال دایه کم :

هیچ -

۱-۸-۱ ۳ طفل -

۱-۹ محل تولد دایه محلی :

در ساحه کار -

بهردن از ساحه اما نزدیک -

از ساحه بسیار دور -

ناجیه -

بیشتر از ۱۰ کیلومتر

نمی دانم

۱-۵-۴ ۴۹ - ۵۰ ساله

از ۵۰ به بالا

نمی دانم

موت -

جدا شده

بی جواب

بیشتر از ۳ طفل

- ۱-۱۰ زمان دایه درین ساحه زندگی :- تمام عمر -  
فرد است ۵ سال و یا بیشتر -  
کمتر از ۵ سال -
- ۱-۱۱ شغل معمول قبل دایه :-  
(به استثنای دایه گری)
- ۱-۱۲ آیا دایه خوانده می تواند :- بل - نه -
- ۱-۱۳ سوابق تعلیمات رسمی :- هیچ -  
ابتدائیه -  
ثانوی -  
تخصصی -  
و غیره (توضیح بدارید)

- ۲- معلومات از جمعیت :
- ۲-۱ از دایه پرسان کنید :
- ۱- نفوس جمعیت -  
۲- تعداد خانوار -  
۳- تعداد ولادت ۱ سال -  
۴- تعداد حاملگی -  
۵- حدود سطح فاصله زایمان -  
۶- تعداد اطفال کمتر از یکساله -
- ۲-۲ دایه راجع به اسباب و فیات مادران چه میگوید ؟ ...
- ۲-۳ دایه راجع به اسباب عام و فیات اطفال چه میگوید ؟ ...
- ۲-۴ دایه راجع به عادات غذایی معمول در مورد زیر در جمعیت چه میگوید ؟ ...
- ۱- در جریان حاملگی  
۲- در جریان زایمان  
۳- بعد از زایمان

## ۳- انتخاب و تربیه دایه :

۳-۱- آیا دایه توسط مردم جمعیت انتخاب شده است ؟ بلی - نه -  
در صورت بلی بطور انتخاب شده بود ؟

توسط مجلس عمومی جمعیت - توسط یک دسته از زنان -  
توسط یک لکته - و غیره -

۳-۲- برای چند مدت دایه محل که رانوده است ؟

کمتر از ۴ سال - ۲۰ - ۲۹ سال -  
۵ - ۹ سال - ۳۰ یا بیشتر -  
۱۰ - ۱۹ سال - نمیدانم -

۳-۳- ابتدا آلوده رت های دایه کی را از کی آموخت ؟

بدون آموزش - از تسمیلات صحی -

از مادر -

از اقارب -

از دایه دیگر -

۳-۴- آیا دایه از کدام دروگرام تربیوی اساسی در مراکز صحی استفاده نموده است ؟  
بلی - نه -

اگر جواب بلی باشد برای چند مدت ؟ هفته ..... ماه .....  
۳-۵- آیا کار او شامل مسایل بود که او برایش آگاهی ناکافی داشته و یا هیچ تربیه ندیده بود ؟  
بلی - نه -

اگر جواب بلی باشد توضیح بدارید :

۳-۶- آیا دایه در کدام کورس و غیره تربیوی در ۱۲ ماه گذشته اشتراک نموده است ؟ بلی - نه -  
اگر جواب بلی باشد کورس اخیر راجع به چه بوده است ؟

۳-۷- آیا دایه ساحه نیازمندی تربیوی خود را مشخص ساخته میتواند ؟

۱-

۲-

۳-

برای اشتراک در دروگرام تربیوی بیشتر ضرورت ندارد .

نمیدانم . . . . .



## ۴۔ حمایت نظارت و شرائط کار

۴.۱۔ آیا دایہ گاهی توسط پرسونل صحی از مرکز ویزیت شدہ؟ بلی۔ نہ

اگر جواب بلی باشد توسط کی؟ .....

ویزیت قبل جقدر وقت پیشتر صورت گرفت؟

— کمتر از یک ماہ

— بیشتر از ۳ ماہ

— ۱-۳ ماہ

هدف این ویزیت چه بود؟

— سامان دلو از م

— وغیرہ

— نظارت

— نمیدانم

— تربیہ

۴.۲۔ آیا دایہ درین اواخر مرکز صحی مربوطہ خود را ویزیت نموده است؟ بلی۔ نہ

اگر جواب بلی باشد جقدر وقت پیشتر؟

— کمتر از یک ماہ

— بیشتر از ۳ ماہ

— ۱-۳ ماہ

هدف ویزیت چه بود؟

— سامان

— ملاقات

— رجعت مریضان

— تربیہ

— مشورہ

— وغیرہ

— راپور دادن

۴.۳۔ دایہ در ماہ گذشتہ چند ولادت را نظارت نموده است؟

— هیچ

— بیشتر از ۳

— ۲-۳

— نمیداند

تعداد ولادت ها در سہ ماہ گذشتہ :

— هیچ

— بیشتر از ۱۰

— ۱-۵

— نمیداند

— ۶-۱۰

۴.۴۔ آیا در کدام یک از ولادت ها سوپر دایزور نیز حضور داشت؟

— نہ

— بلی

۴-۵ آیا دایه به کدام شکل نزد یا نفیس از مردم میگیرد؟ بی - نه -

اگر جواب بی باشد به کدام شکل (پول و مواد) —  
از کی اخذ میدارد؟ ....

۴-۶ آیا دایه کدام محل کار معین که از طرف جمعیت تعیین شده باشد دارد؟ بی - نه -

۴-۷ دایه در ۳ ماه گذشته چندریض را به مرکز صحت رجعت داده است؟

تعداد مریضان رجعت داده شده :

هیچ ————— بیشتر از ۳ —————

۱-۳ ————— نمیداند —————

۴-۸ آیا مردم جمعیت برای رجعت مریضان ترا سپورت تهیه نموده بودند؟

بی - نه -

اگر جواب بی باشد توضیح بدارید؟

۴-۹ آیا به کدام طریق دیگر مردم جمعیت دایه را در کارش کمک مینماید؟

۵ - فعالیت های روزمره

۱ - فعالیت های عمومی

کدام نوع فعالیت را دایه پیش می برد؟

—	حمایه طفل و مادر	—	اهتمامات انتی تنال
—	معافیت	—	نظارت زایمان
—	رشد و نموی اطفال	—	اهتمامات پوست تنال
—	اعاده فی مایعات	—	رجعت مریضان
—	وقایه دوائی ملاریا	—	کشف مریضان معرض به خطر
—	تعدادی امراض عام	—	درزیت های خانگی
—	ثبت ولادت	—	تعلیمات صحی

۵-۲ اهتمامات قبل الولادت

۱ - آیا مادران حامله برای اهتمامات این دوره خود را راجتر مینماید؟

بی - نه -

اگر جواب بی باشد در کجا راجستر می‌نمایند؟

چند نفر را راجستری کنید؟ — چند نفر — تقریباً تمام آن —

تقریباً نصف — — می‌دانند

۳- هرگاه دایه یک زن حامله را ملاقات بکند که خود را برای احتمالات قبل‌الولاده

راجستر نموده است؟

بینام می‌دهد که نزدش بیاید — هیچ —

با و مشوره می‌دهد — —

خانه اش را در زیت می‌سپارد — —

۳- آیا دایه بصورت روئین هر مریض جهت معاینات قبل‌الولاده به مرکز صحت می‌فرستد؟

نه -

بلی -

اگر جواب بلی باشد آیا به دایه نتایج معاینات را خبر داده‌اند؟ بلی - نه -

۴- چه نوع فعالیت‌های روئین یک دایه در جریان یک روزیت قبل‌الولادت اجرا می‌دارد؟

۵- آیا دایه کدام یک از کتگوری‌های زنان حامله را خودش و کدام یک دیگر را به شفاخانه

یا مرکز صحت می‌فرستد؟

کتگوری زنان حامله	توسط دایه عرضه می‌شود	به شفاخانه یک مرکز صحت رجعت داده می‌شود
<ul style="list-style-type: none"> <li>• مادران صحتمند را در حالکی سوم یا بعدتر</li> <li>• مادران کمتر از ۱۶ ساله</li> <li>• مادران پیرتر از ۴۵ ساله (حالکی اول)</li> <li>• مادران که قبلاً سزارین شده است</li> <li>• مادران قد کوتاه</li> <li>• خون‌ریزی در زمان‌های</li> <li>• ولادت‌های خاموش قبلی</li> <li>• روده‌های قبلی با روده‌ی قسمی</li> <li>• مادران با مریضی‌های دشمن</li> <li>• مادران مبتلا به سوء تغذیه</li> <li>• با ولادت‌های دوگانه و سه‌گانه</li> <li>• خون‌ریزی‌های در ولادت قبلی</li> </ul>		

۶- دایه در مورد حالات زیر محلی چه کارهای را انجام میدهند؟  
 ( تیم مطالعاتی یک تست از این اختلالات را که در شرایط ممکن مرتبط باشد ترتیب میدهد )  
 پس از آن سوالات رایج یک پرسان نموده و آنهایی را که نمیداند نیز اشاره نماید :

اختلالات قبل الولادت	تدابیر که توسط دایه تجویز میشود
<ul style="list-style-type: none"> <li>- خون ریزی در مراحل اولیه حاملگی</li> <li>- خون ریزی در مراحل نهایی حاملگی</li> <li>- استفراغات شدید و دوا مدار</li> <li>- درد های شدید بطنی</li> <li>- تبول زیاد و دردناک</li> <li>- پندیدگی دست و پاها</li> <li>- سردی های شدید</li> <li>- عدم توانایی در افزایش وزن</li> <li>- عدم رشد رحم</li> <li>- بطن حساس و دردناک</li> <li>- کوتاه نفسی های شدید</li> <li>- تشنجات قبل از زایمان</li> <li>- تراوش مایعات</li> <li>- عدم تحرکیت در رحم</li> <li>- تب بلند</li> </ul>	

- ۱- آیا دایه در سرعت بخشیدن زایمان از کدام متود خاص استفاده می نماید؟  
(مقصد از این سوال دریافت بعضی از ترمیمات مضراست که بعضی از دایه کم در اجرای آن سعی می نماید) بلی - نه -  
اگر جواب بلی باشد توضیح بدارید :

اختلالات ولادت	تدابیر که توسط دایه تجویز می شود
<ul style="list-style-type: none"> <li>- خون ریزی شدید از مهبل</li> <li>- بلغم سخت و حساس</li> <li>- سقوط جن</li> <li>- اعتلان بازو یا پای</li> <li>- اعتلان برتج</li> <li>- ولادت چندگانگی</li> <li>- تقبضات روده کا هضم میرود</li> <li>- خرابی مایعات</li> <li>- مارد به اختلاج مبتلا میشود</li> <li>- شانه بندش پیدا میکنند</li> <li>- بارگی شدید عجان</li> <li>- جن به دورگردن طفل پهنی بسته شده است</li> </ul>	

- ۱- دایه بصورت نورمال در کدام مرحله ناف طفل را قطع مینماید؟  
فورا پس از ولادت طفل —————  
هرگاه که نبضان جن توقف نکرد —————  
پس از خروج پلاست —————
- ۲- دایه چگونه میسازد که پلاست جدا شده است؟  
غور رحم سخت و پندیده میشود —————  
مقدار خونریزی کم —————  
و قشیکه جن دراز میشود —————  
نزد خانم تا فضای فشار پیدا میشود —————  
و قشیکه ولادت قابل رویت میشود —————  
و غیره (توضیح بدارید) —————

۳- دایه بصورت نورمال پلاستار را چگونه بردارد؟

۴- اگر یک مادر بعد از ولادت خونریزی دارد دایه محلی در مورد آن چه احوالات میکند؟

۵- چند زن در ۳ ماه گذشته بنا بر خونریزی پس از زایمان فوت نموده است؟

یک نفر ---

بیشتر از آن ---

۶- چند زن از سبب تب بعد از زایمان در سه ماه گذشته فوت نموده است؟

یک نفر ---

بیشتر از آن ---

۵-۵-۵- اهمیات صحیح کودک نوزاد

۱- اگر یک کودک نوزاد مادر به تنفس نشود یا فوراً پس از زایمان از تنفس بازماند درین صورت چه

تدابیر را روی دست می گیرد؟

— مواد مخاطی و مایعات داخل دهن و سوراخ های بینی پاک می کند

— از پا های نوزاد گرفته و آنرا برای چند لحظه آویزان نموده د

بالف دست در سینه او می زنند

— تنفس دهن به دهن به او میدهد؟

— و غیره (توضیح بدارید) . . . . .

— هیچ چیز نمی کند .

۲- در مورد گرم نگه داشتن نوزاد پس از ولادت خود را چگونه مطمئن می سازد؟

— بدن طفل را با یک روی پاک خشک می سازد

— طفل را در یک تکه می پیچاند

— طفل را در پستان مادر قرار میدهد

— از شستن طفل در روز اول خودداری میکند

— طفل را با آب گرم شستشو می نماید .

— و غیره (توضیح بدارید)

— نمیداند

۳- چه علایم رایبه اشتباه می اندازد که سه طفل به کدام عارضه مبتلا شده است؟

— خورنوی از سره — تاخیر در جدائی پلاستنا

— بوی به — و غیره (توضیح بدارید) .....

— مایعات متعفن — نمیداند

۴- آیا رایبه محلی در قسمت چشم ای طفل کدام چیزی میالده یا خیر؟ بلی - نه -

— چشم را پاک میکند — و غیره (توضیح بدارید) .....

— روی اندازد — نمیداند

۵- آیا رایبه در راجستر نمودن طفل و مادرش خود را مطمئن میسازد؟ بلی - نه -

۵-۶- حمایه طفل و مادر، فامیلی پلانتنگ، معافیت و تعلیمات صحی

۱- آیا رایبه بصورت منظم در پروگرام کلینیک حمایه طفل و مادر سهم می گیرد؟ بلی - نه -

- اگر اشتراک می کنند پس چرا؟

— از رایبه دعوت به عمل نیامد؟ — و غیره (توضیح بدارید) .....

— از کلینیک فاصله زیاد دارد؟ — نمیداند

۲- در سازه زندگی شما واکسیناسیون به کدام ترتیب موجود است؟

روزانه - هفته وار - ماهوار -

هر دو ماه یکبار - و غیره (توضیح دهید) - نمیداند

۳- رایبه کدام دلایل خاص را بصورت منظم در چکات پروگرام معافیت اجرا میدارد؟

— تشوین مردم جمعیت — در جریان واکسیناسیون کمک میکند

— تعقیب — بدون سهم فعال

و غیره (توضیح بدارید) .....

۴- آیا رایبه محلی کدام مواد اطلاعاتی برای توزیع به مردم در جمعیت دارد؟

بلی - نه -

اگر جواب بلی باشد لطفاً توضیح دارید که چه نوع معلومات را در سه ماه گذشته تبیین رس گذاشته است.

- ۱- آیا دایه محل اطفال را وزن میکند؟ بلی - نه -  
 اگر جواب بلی باشد آیا ترازری آن صحیح است؟ بلی - نه -  
 ۲- آیا دایه محل نمیداند که از چارت رشد و نمو اطفال درین ناحیه استفاده می شود؟  
 بلی - نه -

- اد می شناسد و میداند که چارت رشد و نمو اطفال چیست —  
 اد می شناسد اما استفاده آنرا نمیداند. —  
 اد چارت نشودنمای اطفال را نمی شناسد. —  
بررسی مصاحبه کننده :

آیا دقیقاً چارت نشودنما را می فهمد

اد چارت نشودنما را نمی فهمد

۳- آیا دایه محل میداند که مادر باید تا کد ام سن به طفل خود شیر میدهد؟

- |   |              |
|---|--------------|
| — | کتر از ۳ ماه |
| — | ۳ ماه        |
| — | ۶ ماه        |
| — | ۱۵ ماه       |
| — | ۲۴ ماه       |

نمیداند

۴- رایه محل جلور علایم دی لمید ریشن را در طفل می شناسد؟

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| — | زبان خشک              |
| — | تشنگی زیاد            |
| — | چشان فرورفته          |
| — | فانتل فرورفته         |
| — | ضیاع الاستیکی پوست    |
| — | عدم موجریت اشک وادرار |
| — | نبض ضعیف              |
| — | شعف عمومی دکولاپس     |
| — | دغیره (توضیح بدارید)  |
| — | نمیداند               |



۵- آیا دایه میداند که چگونه محلول بوره دنگ را تهیه بدارد؟

بله - نه -

اگر جواب بله باشد توضیح بدارید

بررسی مصاحبه کننده :

آیا توضیحات دی به فورمول موضوعه توافقی دارد؟

بله - نه -

۶- دایه محل به یک مادر یک طفل دو مصاب به اسهال است چه مشوره میدهد؟

_____	- متوجه علایم دیپایداریشن شود	_____	- شیر مادر را ادامه بدهد
_____	- اگر طفل خوب نشد بغرض اخذ	_____	- توقف شیر مادر
_____	ملک اقدام می نماید	_____	- غذای اضافی بدهد
_____	- برایش توضیح میدهد که چگونه	_____	- محلول او آراس بدهد
_____	از اسهالات دفاع نماید	_____	- ادویه بدهد
_____	- و غیره (توضیح بدارید).....	_____	- غذای عادی را ادامه بدهد
_____	- نمیداند	_____	- طفل را به رفتن بشیر غذا بدهد
_____		_____	- غذای جامد را توقف بدهد

## ۶- سامان تجهیزات

۱- آیا دایه است و وسایل را که باید داشته باشد نزد خود دارد؟

بله - نه -

۲- سیستم تعویض وسایل دایه چگونه ترتیب یافته است؟

۳- آیا دایه محلی به یکبورد بعضی از اقدام شامل بکس را یکی خود در سه ماه گذشته مراجع شده بود؟

بله - نه -

اگر جواب بله باشد کدام اقدام زودتر از همه به اتمام رسید؟

دلایل :

اقدام :

۶-۴ ادویه

اسم	مقدار موجود	تاریخ تهیه	تاریخ تهیه مجدد
اسپرین کلورلکین اد آراس کاندوم و غیره			

۶-۵ تجهیزات و سایر وسایل

اسم	موجود (+) یا کمبود (۰)	حالت خوب (+) خراب (۰)	تجهیزه
پیش بند فروپیس پنبه استعمال			

رہبران جمعیت

تاریخ مصاحبہ: . . . . .

اسم مصاحبہ کنندہ: . . . . .

## ۱-۳ جمعیت -

اسم رہبر جمعیت کہ بالاد مصاحبہ بعمل آورده است - . .  
و طیفہ -

## ۱-۱- تشکیلات یا سازمان جمعیت:

۱-۱- برای اتخاذ تصامیم دستہ جمعی در جمعیت آیا کدام کمیۃ دہاتی یا شورای مشورتی در آن جادہود  
دارد تا مسائل صحی و غیرہ را تحت غور و بحث قرار دہد؟ بلی - نہ -

اگر جواب بلی باشد اعضای آن کیست؟

- کنتوری ہای مردم . . . . .

- از گروہ ہای کہ نمایندگی مینمایند . . . . .

اگر جواب نہ باشد بہ سوال ۲ مراجعہ کنید.

۱-۲- آیا این کمیۃ قانونی است؟ بلی - نہ -

۱-۳- آیا کدام یک از پرسونل سعی درین کمیۃ اشتراک می نمایند؟ بلی - نہ -

اگر جواب بلی باشد رول آن در کمیۃ بہ صفت چیست؟ عضو و مشاور و غیرہ

۱-۴- آیا این کمیۃ قسمت از یک کمیۃ کلان قریہ کہ مسؤل تمام مسائل اجتماعی و اقتصادی میباشد؟

بلی - نہ -

در صورت کہ جواب نہ باشد آیا کمیۃ ہای صحی دیگر موجود است؟

## ۱-۵- دلائل کمیۃ صحی چیست؟

- اتخاذ تصامیم در مورد الوہیت ہای فعالیت ہای صحی

- بسیج منابع محلی برای پلان گذاری و بطریق فعالیت ہای جمعی مردم

در حمایت از مراقبت ہای صحی ادلیہ

- حصول منابع خارجی برای فعالیت ہای صحی

- پلان گذری و پیش برد پروگرامهای صحی
- استخدام کارگران صحی جمعیت
- نظارت جواب غیر تخنکی کارهای کارگر صحی جمعیت
- برخورد با وقایع عاجل - رجعت به شفاخانه

اتخاذ ترتیبات انتقال مریضان

۱-۶ چه وقت کمیته تشکیل جلسه داده بود؟

در کمتر از یک ماه ————— یک الی سه ماه

بیشتر از سه ماه ————— چه را بحث نمودند؟ .....

۱-۷ آیا مسوده رویداد مجلس بدسترس است؟

بلی - نه -

۱-۸ آیا کمیته صحی حساب مصارف مالی خود نگهداری مینماید؟

بلی - نه -

اگر جواب بلی باشد آیا آنرا کسی کنترل نموده است؟

بلی - نه -

## ۲- perception از پراپم ای صحی و خدمات صحی

۲-۱ از نگاه رهبران پراپم صحی عمده در جمعیت کدام اند؟

۲-۲ علت و اسباب امراض در نظر رهبران چه خواهد بود؟

۲-۳ کدام نوع افراد بیشتر از همه متاثر شده اند؟

آیا رهبران مشخصاً این افراد را می شناسند؟ بلی - نه -

۳-۴ رهبران چه فکری نمایند که بدون قسمت چه باید بکنند خصوصاً آن پراپم ای که بیشتر از همه

باعث ازیت و آزار مردم شده است؟

۲-۵ چه کارهای در زمینه تاجال صورت گرفته است؟

۲-۶ آیا در نزد جمعیت این احساس ایجاد شده که پروگرام کم باعث کاهش پراپم ای گردیده است؟

بلی - نه -

۲-۷ کدام نوع اطلاعات را بالای صحت جمع آوری مینمایند (مثلاً معافیت تولدات سرخکان ، دغیره ) ؟ . . .

۲-۸ چند نفر در ماه گذشته فوت نموده اند ؟

۲-۹ کدام یک از خدمات صحی ذیل به مردم عرضه شده ؟ آیا رهبران جمعیت از آن قناعت دارد ؟

عرضه نشده	عرضه شده اما قناعت بخش نیست	عرضه شده و قناعت بخش	
			خدمات معالجوی حمایه طفل و مادر صحت محیطی تعلیمات صحی تعلیمات و تقویه تغذی فامیلی پلاننگ معافیت دغیره

### ۳- منابع جمعیت و خود آنگائی

۳-۱ آیا مردم اعانه پولی میدهند ؟

بلی - نه -

اگر جواب بلی باشد پس مردم لذت پول برای چه استفاده میکنند ؟

۳-۲ از دو سال گذشته ملک خارجی به جمعیت صورت گرفته است ؟

بلی - نه -

اگر جواب بلی باشد این ملک را کجا و چقدر صورت گرفته است

۳-۲ فعالیت های صحی جمعیت را که در ۱۳ ماه اخیر صورت گرفته حساب نمایند :

- \_\_\_\_\_ آب رسانی
- \_\_\_\_\_ حفظ الصحی محیطی
- \_\_\_\_\_ پاکیزگی و نظافت قریه
- \_\_\_\_\_ انتقال مریضان
- \_\_\_\_\_ تقویم تغذی
- \_\_\_\_\_ رزاعت دسته جمعی

و غیره (توضیح دارید) . . . . .

۳-۳ آیا کدام پروژه صحی (در حال جریان و یا پیشینهای) از طرف خورمردم در جمعیت پلان شده است ؟  
 بلی - نه -

اگر جواب بلی باشد آیا در زمینه کمک های دولتی و یا خارجی مورد ضرورت است ؟ پروژه و انواع کمک های را مورد احتیاج تشریح دارید .

۳-۵ آیا جمعیت کدام سیستم عایداتی در حال انکشاف و یا موجود در ۲ سال اخیر داشته است ؟  
 اگر جواب بلی باشد توضیح بدارید ؟

۳-۶ آیا در سال های اخیر پیشرفت های اقتصادی صورت گرفته است ؟ بلی - نه -  
 اگر جواب بلی باشد مثال های آنرا بدهید .

### ۴- کارگر جمعیت

۴-۱ آیا مردم جمعیت از کار های پرسونل محلی زیر رضایت دارند :

- کارگر صحی جمعیت ؟ بلی - نه -
- دایه های محلی ؟ بلی - نه -

اگر جواب «نه» باشد راجع به عدم رضایت توضیح بدارید ؟

۴-۲ آیا در دو سال گذشته این ضرورت بمیان آمده که کدام یک از پرسونل محلی از وظیفه سبک روش شده باشد ؟

- کارگر صحی جمعیت بلی - نه -
- دایه محلی بلی - نه -

۴-۳. آیا کارگران صحت جمعیت و رایه های محلی راجع به مکاتب زیر به کیفیت راپور داده اند؟

رایه	کارگر صحت	
		۱- بر اهل های مواجه شده که
		ضرورت به عمل دارد
		۲- پیشنهاد و پلان برای فعالیت
		های صحت مورد نیاز
		۳- پیشرفت کار

۴-۴. اگر کارگر صحت راپور داده بدارد که چند بار برای مباحثه چنین راپور را در ۱۲ ماه گذشته مورد بحث قرار گرفته است؟  
هیچگاه - دو مرتبه - بیش از دو مرتبه -

۴-۵. مردم جمعیت دلیته های دهاتی چه نوع مزد یا اجرت را برای پرداخت کارگران صحت ده و رایه های بصورت نقد و یا جنس قبول نموده اند؟

۴-۶. آیا مردم یا کمیته در ۱۲ ماه گذشته قادر به پرداخت نقد یا جنس به صفت مزد (اجرت) منقضی شده اند؟ بلی - نه -  
۴-۷. چه نوع خدمات و حمایت به کارگران صحت ده و رایه های محلی عرضه شده است؟

۴-۸. آیا کدام شکایت از طرف کارگر صحت ده و رایه های محلی در ۱۲ ماه گذشته رسیده است؟ بلی - نه -  
اگر جواب بلی باشد شکایت را توضیح بدارید.

### ۵- سهم سایر سکتور به صحت

۵-۱. آیا بر علاوه در جمعیت کثرت در معرض خدمات صحت فعالیت داشته باشند (مثلاً معیّن، مادرین توسعه ذراعت، رهبران مذهبی) بلی - نه -

۵-۲. اگر جواب بلی باشد آنها کیستند؟

بصورت خاص بنویسید که ایشان چه می کنند؟  
آیا فعالیت های ایشان با برنامه کار کارگران صحت و رایه های محلی الشبیم یافته است؟  
بلی - نه -

اگر جواب بلی باشد توضیح بدارید . . .

۵-۳ آیا مشابیه سکتور صحت عامه کارکنان دیگر در جمعیت در سایه سکتور (مثلاً زراعت، انکشاف و تعلیم و تربیه) وجود دارد؟

بلی - نه -

در صورت بلی اینها کستند؟

۵-۴ آیا مردم جمعیت به اعتبارات بانکی دست رسی دارند؟

بلی - نه -

اگر جواب بلی باشد کدام ساعات را در بر می گیرد؟

۵-۵ آیا این جمعیت بر دگرام مستمه مواد غذایی دارند؟

بلی - نه -

۵-۶ آیا مردم جمعیت از تخم کمی اصلاح شده، کود کیمیاوی و مواد خوراکی که سبب بیماری (مگد حزینه) می شوند استفاده می کنند؟

بلی - نه -

اگر جواب بلی باشد توضیح بدارید

۵-۷ آیا مردم برای آب گرفتن فاصله زیادی را می پیمایند؟

بلی - نه -

۵-۸ آیا از کدام جوان اعمار سبک اطلاع دارید؟

بلی - نه -

اگر جواب بلی باشد توضیح بدارید . . .

۵-۹ آیا فعالیت کمی انکشافی سکتور کمی مختلف در رقابت در تضاد دیا در تضاعف باید گیر قرار دارد؟

اگر جواب بلی باشد توضیح بدارید . . .

۵-۱۰ آیا کدام پروژه وجود دارد که سبب تولید امراض و بیماری شود؟

مثلاً: پروژه کمی آبپاری مسکن و جنگل دارایی

اگر جواب بلی باشد لطفاً بایک مثال آنرا توضیح بدارید؟

۵-۱۱ آیا آنجا همکاری وجود دارد؟

بلی - نه -

اگر جواب بلی باشد توضیح بدارید . . .

آیا بخوبی کار می دهند؟

بلی - نه -



## پرسشنامه

### فرم A پرسشنامه خانوار

نوت : این قسمت پرسشنامه نموداری به شکل یک پیکان است بوده در پاسخ سوالات هیچ اعداد و یا جواب تحریر نمی‌شود. صرف در ۱۰ ستون مقابل هر سوال مطابق به جواب ده خانوار یک علامه (م) گذاشته می‌شود. در صف افقی مصاحبه کننده به سلسله مراتب خانوار در آن درج می‌نماید یک ستون برای یک خانوار خانه پری می‌شود هرگاه که فورمه تکمیل شده مصاحبه کننده در یک فورمه دیگر تا تکمیل مقدار معین خانوار در کسره منتخبه استفاده می‌نماید در عقب صفحه شما می‌توانید معلومات تفصیلی بیشتر را به رشته تحریر در بیاورید. این مطلب باید بیاد داشته باشید که تمام ساحت که جواب ندارد توسط پر داس سایه در ساخته می‌شود (م) گذاشته نشده است.

بازرسی در صفحه ۲۱۳ است گردیده است.

## پرسش نامه خانواده

نمبر کمره -

تاریخ -

اسم قریه -

اسم دلسوالی -

مجموع	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
سلسله نژاد خانواده در یک کمره										
۱. با سخنگوی (همیشه سعی شود که زن برای اینکار انتخاب شود)										
مادر										
دیگران توضیح دارید										
۲. آیا این خانواده توسط یک کارگر صحرایی ویزیت شده (در ۳ هفته گذشته) ؟										
بی										
نه										
کارگر صحرایی رده ساه نیست										
نمیدانند و یا جواب ندادند										
۳. آیا کارگر صحرایی بالای موضوع حفظ الصحة مشوره داده است										
بی										
نه										
کارگر صحرایی رده ساه وجود ندارد										
نمیدانند و یا جواب ندادند										
۴- آیا کارگر صحرایی شما درباره طرز گشت و مراد غذایی مشوره داده است										
بی										
نه										
کارگر صحرایی رده ساه وجود ندارد										
نمیدانند و یا جواب ندادند										

مجموع	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
بهر خانواده در کمتر										
۵. در ریلی های قبلی باکی مشوره شده بود؟										
هیچ کس نه										
دکتر معالج										
شناختن بیمار مرکز صحی										
واحد های صحی سازمان غیر دولتی										
کارگز صحی جمعیت										
دایه محلی										
اقارب										
نمیدانند و یا جواب نمیدهد										
۶- در سه ماه گذشته شمار یک کسی از خانواده شما در										
بجلاس جمعیت دیا پرورده داشته اک کرده اید										
بله										
نه										
نمیدانند و یا جواب ندارد										
۷- چمنوع آب رسانی برای خانواده با میسر است										
آب نل داخل خانه										
آب نل خارج خانه										
آب جوی										
آب چاه										
معالج دیگر در جنبه درق تو میخ بدارید										
نمیدانند و یا جواب ندارد										
۸- برای رسیدن به منبع آب چند وقت را در بر می گیرد										
آب داخل حلی است										
۱۵ دقیقه										
بیشتر از ۱۵ دقیقه										
نمیدانند و یا جواب ندارد										

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
۹- از کدام تسهیلات سنجی استفاده می کنید؟											
ارتباط با بدرفت شهری											
سپید تانک											
بیت اطلاعاتی نوع پت											
سیستم سطح دار											
بیت اطلاعات جمعیت											
صحرایی											
بیت اطلاعات همسایه											
دیگران در عقب تو میج بدارید											
نمی دانند یا جواب ندارد											
۱۰- کدام می تواند دقایق ملاقات را میدارید											
تجویز منظم اردو به ملاقات											
تجویز قبلی اردو به ملاقات											
پودر پاشی پشه											
از زمین بردن جال های تکثر											
جالی خراب											
پودر پاشی علیه لاروا											
دیگر در عقب صنف تو میج بدارید											
نمی دانند یا جواب ندارد											
۱۱- معمولاً خود را از کجا راجع به ملاقات اخذ نمودید؟											
بر سوزن صحنی											
کادگر صحنی											
دایره محل											
آمارب یا همسایه											
وسایل ارتباط جمعی											
دیگران در عقب صنف تو میج بدارید											
هیچ کس نه											
نمی دانند یا جواب ندارد											

تکثیر	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
۱۲- آیا در این خانواده طفل کمتر از ۵ ساله زندگی میکند										
بی										
نه										
نمیدانند یا جواب ندارد										
۱۳ هرگاه طفل شا براساس مبتلا شود برایش چه نوع مایعات و غذا میدهد										
تمام مایعات را متوقف میسازید										
مقدار مایعات را کم می کنید										
مقدار آنرا از افزایش میدهد										
مقدار آنرا تغییر نمیدهد										
نمیدانند یا جواب ندارد										
۱۴- آیا حالا در خانواده شما که ام طفل ۳ ساله وجود دارد										
بی										
نه										
نمیدانند یا جواب ندارد										
۱۵- لطفاً بابت رشد و نموی طفل سه ساله خود را بر اینم نشان بدهید										
دیده شد										
دیده نشد										
۱۶- اگر بابت نشود نما موجود باشد آیا از روی آن معلوم شده میتواند که طفل وزن شده یا خیر؟										
بی										
تعداد اطفال کمتر از یکساله										
تعداد اطفال بالاتر از یکساله										

فہرست	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
۱۷۔ آیا طفل کمتر از دس سالہ با شام دین خانوادہ زندگی مینماید؟										
بی										
نہ										
مینماید یا جواب ندارد										
۱۸۔ در جریان حاملگی طفل اخیر شما را کی معاینہ نمود؟										
دکتر										
نرس										
دایہ محلی										
حکیم جی										
دیگران در عقب صفہ بنویسید										
هیچ کس نہ										
مینماید و جواب ندارد										
۱۹۔ جوان ترین طفل شما کی تولد یافت؟										
شفا خانہ										
مرکز صحتی										
درخانہ بہ کمک قابلمہ										
درخانہ بہ کمک دایہ										
دیگران در عقب ورق توضیح بدارید										
مینماید یا جواب ندارد										

مجموعه	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
۲۰- وزن نوزاد دخترتان چند بود										
کمتر از ۲۵۰۰ گرم										
۲۵۰۰ گرم یا بیشتر										
وزن نشده بود										
نمی‌دانند و یا جواب نداد										
۲۱- چند نفر دختر (در سنین ۷-۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲)										
بدین خانه زغلی می‌کنند؟										
مجموع										
۱										
۲										
۳										
۴										
۵										
۶										
۷										
بیشتر از ۷ ساله										
نمی‌دانند و یا جواب نداد										
۲۲- از دختران متذکره چند نفر آن به عقب										
میرود										
مجموع										
۱										
۲										
۳										
۴										
۵										
۶										
۷										
بیشتر از ۷										
نمی‌دانند و یا جواب نداد										

تجمع	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
۲۳ - آیا پاسخگوی مادر دیا پدر خانواده است ؟										
مادر										
رئیس فامیل (مرد)										
دیگر										
۲۴ - آیا شما کدام مورد حاصله بندی حاصلگی استفاده می نمایند ؟										
تأبلیت										
ای پوری										
کاندوم										
عقادت										
دیگر در عقب صفحه توضیح دارید										
در کدام مورد استفاده نمیکنند										
جواب نداد										
۲۵ - مالک این خانه کیست ؟										
این فامیل										
آقارب										
افراد دیگر										
نمی دانند و یا جواب نداد										
آیا این خط را خوانده می توانید ؟										
بلی										
نه										
جواب نداد										
اسم شخص که فرم را تکمیل کرده است .....										



الطفال که از ۱۲-۲۳ در وقت سروی عمر دارند

از تاریخ -

الی تاریخ -

اسم ای اطفال

نمبر خانوده

تاریخ تولد ماه و سال

جمع

کار معافیت

بی

نه

دی بی تی - ۱

تاریخ / بی / نه

منبع

دی بی تی - ۲

تاریخ / بی / نه

منبع

دی بی تی - ۳

تاریخ / بی / نه

منبع

پولیو - ۱

تاریخ / بی / نه

منبع

پولیو - ۲

تاریخ / بی / نه

منبع

پولیو - ۳

تاریخ / بی / نه

منبع

سرخکان

تاریخ / بی / نه

منبع

بی سی جی

تاریخ / بی / نه

کار / بی / نه

منبع

نمبر خانوده

ما

تی تی ۱

تاریخ / بی / نه

منبع

د

تی تی ۲

تاریخ / بی / نه

منبع

✓

منبع

نوت: صرف یک سوال پر سان کیند شوا: چرا طفل داکینا سیون نشده است؟  
 و این طفل کاملاً داکین نشده است؟

ممبر خانوار											جمع
سطح داکینا سیون	کاملاً										
	تثانی										
	هیچ										
در تمام سال	۱- از ضرورت داکین مطلع نبود										
	۲- از ضرورت برگشت بر او تذکره شد و ۳ و ۳ وقت نبود										
	۳- وقت روزمان آن معلوم نبود										
	۴- ترس از عارض جانبی										
	۵- نظریات غلط (مضاد استقبال)										
	۶-										
در ۱۲ ماهگی	۷- تا وقت دیگر معلوم شود										
	۸- اعتماد داکینا سیون ندارد										
	۹- افواهات										
	۱۰-										
	۱۱- روی محل داکینا سیون										جمع
	۱۲- وقت آن مساعد نبود										
	۱۳- داکینا توجیه حاضر نبود										
	۱۴- داکین وجود نداشت										
	۱۵- در ایام کی فامیلی										
	۱۶- طفل مریض بود										
	۱۷- طفل مریض بود و داکین نشد										
	۱۸- انتظار زیاد										

نام شخص فورمه را خانه پیری کنند:

## رهنمود تحلیل نتایج پرسشنامه خانوار

### خلاصه‌ری نتایج کستر

بعد از اجرای مصاحبه خانوار، در یک کستر باید سه مورد را جمع هر کستر را می‌سببه در هر ستون اخیر فرم داخل کستر می‌کشد که حادی بیشتر از ۱۰ خانوار باشند. جمع آن که در ستون اخیر درج شده که در حقیقت یک جمع نرعی میباشد برای می‌سببه جمع عمومی استفاده از یک فرم سفید تمام جمع نرعی را در یک از ستون می‌کشد آن ثبت نموده و باین ترتیب جمع عمومی می‌سببه می‌گردد؛ به مثال ۲ مراجعه کنید.

چون در تحلیل نهایی نتایج خلاصه نتایج در هر دو سوالی یا دلالت باید به تفکیک محل، و سوالی دیگره تحلیل گردد معلومات حاصله باید بیشتر خلاصه شده که البته مربوط نرعی نمونه یا Sample design میباشد که در قسمت می‌سببه نتایج کستر بیان شده در مراحل بعدی نیز از آن استفاده شده میتواند.

## تحلیل نتایج

در جریان تحلیل باید بخاطر باشد که طرز العمل بدون در نظر داشت اینکه نتایج راسوالی دیا ولایت است برای هم عین چیز است. در عالمی که یک سپین ریز این مرحوی Stratified Sample design استفاده شده یک مرحله اضافی در میسبه نتایج موجود میباشد تا نتایج حاصله در طبقات مختلف قابل مقایسه شده بتواند اما طرز العمل که از آن زیلا بحث به عمل میاید برای هم کسان میباشد. برای ایجاد سهولت در تحلیل یک فورمه تحلیلی بصورت قبلی باید تهیه شده که شامل اتمام زیر باشد:

- ۱- نمبر د سوال مد نیاز
- ۲- تشاعب د سوال موجود است یا نه (تشاعب " یا "Branching": هرگاه پاسخ (x) باشد به سوال نمبر (y) مراجعه کنید)
- ۳- تعداد پاسخ لمی علی البدل:  
واحد (صرف یکی را «س» بگذارید)  
چندین پاسخ (تمام آنرا «س» بگذارید) -
- ۴- سلسله تعقیب پاسخ لمی یعنی شفر (اگر از آن استفاده شده باشد).
- ۵- چه باید در جدول داخل ساخته شود برای مثال:  
- معلومات که صرف برای تعیین هویت است ضرورت به جدول بندی ندارد.  
- سایر معلومات کثیر التوقع  
- فیصدی لمی، اوسط و تناسب  
- اعداد که برای محاسبه از آن استفاده به عمل میاید (لدام صدت مخرج؟)  
این لدام از کدام سوالات بدست میاید؟

برای سوالات فورمه A یک فورمه تحلیلی زیر ضرورت خواهد بود:

- ۱- سوال اول -
- a - پاسخگوی؟
- b - تشاعب د سوال وجود ندارد

نشان ۲۰  
نمبر کمتر  
تاریخ

خلاصه پرسشنامه خانوار در هر کشته \*  
اسم قرار -  
اسم و سوالی -

جمع	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
نمبر خانوار در کشته *	1- 10	11- 20	21- 30	X	X	X	X	X	X	X
یا هیچ گوی: صرف یک خانه رانستایی کنید										
مادر										
دگتران										
۲- آیا این خانه توسط کارگر صحن جمعیت رد ۴ ضفته کذشته و نیت شده بود؟										
بی										
نه										
کارگر صحن جمعیت وجود ندارد										
نمیدانند یا جواب نداد										
۳- آیا کارگر صحن جمعیت شمار دوباره خط الصحه و یا کی مشوره داده است؟										
بی										
نه										
کارگر صحن جمعیت وجود ندارد										
نمیدانند و یا جواب نداد										
۴- آیا کارگر صحن جمعیت شمار داشت سبز بجات مشوره داده است										
بی										
نه										
کارگر صحن جمعیت وجود ندارد										
نمیدانند و یا جواب نداد										

\* از پرسشنامه اصلی خانوار برای محاسبه مجموع کشته ای که بیش تر از ۱۰ خانوار در آن شامل میباشد بکار برده میشود.  
این شامل ۳ خانوار در کشته میباشد

\*\* در هر ستون آن جمع زنی (Subtotal) که در ستون اخیر پرسشنامه اصلی خانه داخل کنید (ستون اول  
درین شان نشان میدهد)

پرستشامہ خانوار

نمیبہ (۶۴)

نام قریہ -

نام و نسروالی -

ممبر ملت -

تاریخ -

[illegible]

\* خلاصه پرسشنامه خانوار دولسوای \*

اسم قریه:

نمبر کلمه

اسم دولسوای:

تاریخ

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
سلسله نمرات کلمه	۱	۲	۳	۴	۵	۶				
۱- پاسخگوی صرفی را (اسم) بنویسید										
مادر										
دیگران توضیح بدهید										
۲- آیا در ۴ هفته گذشته کارگر صحتی قریه این خانوار را در زیریت نمود؟										
بله										
نه										
کارگر صحتی درسام وجود ندارد										
۳- آیا کارگر صحتی راجع به پاکی و نظافت به شما مستوره داده است؟										
بله										
نه										
کارگر صحتی درسام وجود ندارد										
نمی‌دانند یا جواب ندادند										
۴- آیا کارگر صحتی راجع به مواد غذایی به شما مستوره داده است؟										
بله										
نه										
کارگر صحتی درسام وجود ندارد										
نمی‌دانند یا جواب ندادند										

\* به عین ترتیب یک فورم خلاصه برای ولایت یا منطقه خانه پرسی شده میتواند

\*\* خلاصه فورم خانوار را در هر ستون فورم کلمه درج کنید (ستون اول جمع کلمه اول را از مثال ۳- نشان میدهد).

c - پاسخ واحد

d - شفر = ۱ مار

= ۲ رگزان (توضیح بدارید)

c - فیصدی مادران در جدول داخل کنید.

سوال دوم :

a - خانوارهای که توسط کارگرهای در ۴ هفته گذشته ویریت شده است ؟

b - تشعب (branching) وجود ندارد.

c - پاسخ واحد

d - شفر : ۱ - بی

۲ - نه

۳ - کارگرهای در ساحه وجود ندارد.

۴ - نمیدانند یا جواب ندارد.

e - توزیع پاسخ های کثیر الوقوع جدول بندی کنید.

سوال سوم و چهارم مشابه به سوال دوم است.

سوال پنجم :

a - در مورد آخرین مریض اعضای خانواره باکی مشوره طبعی شده بود ؟

b - تشعب وجود ندارد.

c - چندین پاسخی

d - شفر = (صفر = ۱) (۲ = تسهيلات دولتی) (۳ = سازمانهای غیر دولتی) (۴ = حکیم)

(رایه = ۵) (۶ - کارگرهای ره) (۷ = اقارب) (۸ = رگزان)

(۹ = نمیدانند یا جواب ندارد)

e - فیصدی هر یک از پاسخ های رابطه ارتباط مجموع خانواره، جدول بندی کنید.

سوال ششم : مشابه به سوال دوم.

سوال هفتم :

a - چه نوع منبع آب مشروب برای خانوار موجود است ؟

b - تشعب وجود ندارد.

c - چندین پاسخی



۲ = آب نل داخل حرمی

۳ = آب چاہ داخل حریلی

۴ = آبِ نل عمومی

۵ = آب چاه خارج از حوضی

۶ = منابع رنگر (توضیح به ارباب)

9 = مفید اند یا جواب نداد.

c. فیصدی حرکت از پاسخ ۱ را به ارتباط تعداد مجموعی خانوار می‌سبب نماید.

سوال هشتم : مشابہ سوال دوم

سوال ہفتم : " " ششم

سوال رسم : // // : بحم

سوال یازدهم:      " "      قسم

سوال روز دهم :

۵۔ آیا بریں خانوار، حاکم الامن لکھنؤ نے پنجابہ زندگی میکنند؟

۵- تشائب سوال : نقطه آغاز سوال : اگر جراب "نه" یا "نه خند انم" یا "جراب ندارد" به سوال

۲۱ مراجعہ کنید.

c- پاسنگ واحد

d - شفر : ۱ = ۵

 $\dot{\gamma} = 5$ 

۹ = لمیداند و با حجاب ندارد

e- تناسب خانوار کی کہ ریزان اطفال کمتر از یخساله موجود اند می باشد کنید.

(تعداد مجموع "بی" بالای تعداد مجموع خانوار تقسیم می شود)

تعداد خا نوار که در ردای اطفال کمتر از پنج ساله باشد (جمع ردایی «) به صفت مخرج برای سوال ۱۳ استفاده کنید.

سوال ۱۳:

- a- هرگاه که یکی از اطفال دارای اسهال باشد دوباره دادن مایهٔ باد چه می‌کنید؟  
 b- تشاعب ضرورت نیست (ختم تشاعب)  
 c- پاسخ واحد  
 d- شفر: ۱ = توقف مایهٔ باد  
 ۲ = مقدار آزار کاهش دهید.  
 ۳ = مقدار آزار افزایش دهید.  
 ۴ = تغییر دارز نکنید.  
 ۹ = نمیداند یا جواب نداد.  
 e- فیصدی خانوارهای که دارای اطفال کمتر از پنجساله است می‌سبب کنید (مجموع «بلی» در سوال ۱۳)

سوال ۱۴:

- a- آیا طفل کمتر از دو ساله حالادرین خانه زندگی می‌نماید؟  
 b- تشاعب سوالات: نقطه آغاز سوالات: اگر جواب «نه» یا «نمیداند» یا «در جواب ندارد» باشد  
 به سوال ۲۱ مراجعه کنید.  
 c- پاسخ واحد  
 d- شفر: ۱ = بلی  
 ۲ = نه  
 ۹ = نمیداند یا جواب نداد.  
 e- فیصدی خانوارهای که دارای اطفال کمتر از سه ساله باشد می‌سبب کنید.  
 تعداد خانوارهای که دارای اطفال کمتر از سه سال ( «بلی» ) به صفت مخرج سوال ۱۵ استفاده کنید.

سوال ۱۵:

- a- اگر چارت رشد و نموی اطفال موجود باشد آیا از روی آن فهمیده شده، میتوان که طفل در ۱۲ ماه گذشته سه مرتبه و یا بیشتر وزن شده است؟  
 b- تشاعب ضرورت نیست (ختم تشاعب)  
 c- پاسخ واحد

d - شفر: ۱ = بی

۲ = تعداد الحفال کمتر از یک له

۳ = تعداد الحفال بیشتر از یک له

e - فیصدی الحفال وزن شده را (شفر - ۱) به ارتباط مجموع پاسخ‌های که ۱ و ۳ کد شده (به استثنای الحفال کمتر از یکساله) می‌سبیه کنید.

سوال ۱۷: ششام سوال ۱۴

از تعداد خانوارهای که دارای الحفال کمتر از دو ساله به صفت منخرج سوال‌های ۱۸، ۱۹ و ۲۰ استفاده کنید.

سوال‌های ۱۸، ۱۹ و ۲۰ - فیصدی خانوارهای که دارای الحفال کمتر از ۲ سال می‌سبیه نمایید.

سوال ۲۱:

a - چند نفر دختر سنین ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، یا ۱۲ ساله درین خانه زندگی میکنند.

b - ششام سوال: اگر جواب «نه» یا «ندانند» یا «بجواب نداد» پس به سوال ۲۲ بروید.

c - پاسخ واحد

d - شفر: (صفر = هیچ) (۱ = یک دختر) (۲ = دو دختر) (۳ = سه دختر) (۴ = چهار دختر)

(۵ = پنج دختر) (۶ = شش دختر) (۷ = هفت دختر)

(۸ = بیش از هفت دختر) (۹ = ندانند یا جواب نداد)

e - تعداد مجموع دختران که در هر گروه سن نشان داده به استفاده از جدول کاری زیر می‌سبیه  
بدارید.

حساب آتی می‌سبب کنید

تعداد مجموع پاسخ‌های  
داده شده است

کود (= تعداد دختران  
در ردیف سنین)

$$(a) \times (b)$$

(b)

(a)

۱  
۲  
۳  
۴  
۵  
۶  
۷  
۸ \*

جمع

این جمع می‌نماید که از تعداد دختران در ردیف سنین اشاره شده (indicated) در خانوار در  
سپهر نشانی می‌دهد. از این تعداد جمع به صفت عجز در سوال ۲۲ استفاده کنید.  
\* ملاحظه کنید که کود ۸ گردب «بیشتر از ۷ دختر» را نشان می‌دهد.

سوال ۲۲:

a- چند نفر از این دختران به عمر ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳ ساله به مکتب می‌روند؟

b- تشعب ضرورتیست (ختم تشعب)

c- پاسخ واحد

d- شفره: مانند سوال ۳۱

e- تعداد دختران را که به مکتب می‌روند می‌سبب کنید.

نیمه‌ی دختران را که در گردب سن ۷-۱۳ بوده به مکتب می‌روند حساب آتی می‌سبب نماید. تعداد مجموعی دختران  
سوال ۲۲ تقسیم تعداد دختران سوال ۳۱.

سوال ۲۳- تشابه سوال ۱۳

به منظور Internal Consistency جرات را با سوال اول مقایسه کنید همچنان به فرض Cross tabulation  
در جدول سوال ۲۴ و ۲۵ استفاده شده است.

سوال ۲۴- مشابه سوال ۱۳

پاسخ‌های پدر خانواده را به مقایسه پاسخ‌های مادران مقایسه کنید (سوال ۲۳)

سوال ۲۵: مشابه سوال ۲

سوال ۲۶: مشابه سوال ۱۷

## تبصره نهایی

باگر نمرات تحلیلی فوق و یک ماشین حساب ساده تمام می سبب نمروری اجرا شده و با بعضی از ارقام در مثال ۳ به نمایش گذاشته شده می تواند (که نمایندگی از صفحه اول نمرات خلاصه و لسوالی bbbba که شش کسره در ۳ خانه را در هر یک آن احتوا می نماید)

- تعداد مجموع خانواده در سیم = ۱۸۰
- پنجمه تمام پاسخگویان  $113/180 = 63\%$  مردان تشکیل می دهد
- $87/180 = 48\%$  خانوار را توسط کارگر صحتی ده در ۴ هفته گذشته ویزیت شده است

و غیره

در متن راپور این می بسم باید انعکاس کند بهیچ جدول زیر که نتایج سوالات را خلاصه صفحه خلی مفید است :

حرکت از اعضای فامیل که رفته اخیر رلیض بوده با پرسوئل صحتی و تسهيلات زیر مشورت نموده اند (به صفت یک فیصدی خانوار)

ناحیه	هیچ	داکتر شخصی	شفاخانه دولتی	ان جی او	جیب	کارگر صحتی	دایه	آقارب	دیگران
bbbbb	۷٪	۳۵٪	۲۷٪	۲٪	۲٪	۱۰٪	۷٪	۱۵٪	۳٪
cccc	..	..	..	..	..	..	..	..	..
dddd	..	..	..	..	..	..	..	..	..